diagnóstico sindrômico de encefalite e foi iniciado tratamento para os germes mais prováveis (Herpesvírus e Listeria monocytogenes) com aciclovir e ampicilina. Realizada ressonância nuclear magnética de crânio com achados característicos de encefalite viral, sugestivos de infecção por EBV. Coletou-se sorologia para EBV com resultado reagente para anticorpos IgG e IgM. Optado por manter tratamento com aciclovir por 21 dias. O paciente permaneceu em reabilitação clínica por sequelas motoras graves, foi transferido para uma instituição de cuidados continuados e, após 2 meses, evoluiu para óbito por causas desconhecidas. Esse relato é o primeiro no Brasil a evidenciar encefalite por EBV através de soroconversão de IgM durante internação hospitalar e fase sintomática da doença em um paciente adulto vivendo com HIV.

Palavras-chave: Epstein-Barr Encefalite HIV

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103002

ERITEMA INDURADO DE BAZIN EM UMA MULHER PORTADORA DE HIV

Horley Soares Britto Neto*,
Jairo Joaquim dos Santos Júnior,
Danilo Guimarães Siqueira,
Giovanna Catherine Freitas Almeida,
Gilmara Carvalho Batista

Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: O Eritema Indurado de Bazin é uma das manifestações cutâneas que podem ocorrer na Tuberculose Extrapulmonar (TBEP). As lesões se caracterizam por nódulos eritemato - violáceos, dolorosos, isolados ou coalescentes formando uma placa nodular que evolui para úlcera com drenagem de material necrótico ou necropuruleto em membros inferiores, mas membros superiores, face, região glúteas podem também ser acometidas. Essa manifestação de TBEP é mais frequente no sexo feminino, associada a imunossupressão.

Descrição do caso: Paciente, sexo feminino, 50 anos, HIV +, com história de nódulo subcutâneo em membro inferior direito há 5 meses que evoluiu com drenagem de secreção serossanguinolenta. Fez uso de cefalexina, penicilina e sulfadiazina de prata sem regressão da lesão. Ao exame físico apresentava nódulo eritemato - violáceo, doloroso, com drenagem de secreção sero - hemática. Foram solicitados exames laboratoriais admissionais que evidenciaram PCR 7,5, VHS 40, leucócitos 7100, FAN, fator reumatóide, ANCA, VDRL e sorologias virais não reagentes. Além disso, PPD positivo (25 mm), histopatológico que evidenciou paniculite granulomatosa lobular, composta de linfócitos, histiócitos epitelióides e neutrófilos, acompanhado de células de Langhans, e PCR positivo para Mycobacterium tuberculosis, favorecendo o diagnóstico de Eritema Indurado de Bazin. Dessa forma, foi iniciado Prednisona 40 mg/dia por conta da paniculite, com melhora das lesões e da dor, recebendo alta hospitalar e prescrito o esquema Rifampicia, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol para o tratamento ambulatorial da tuberculose.

Comentários: O Eritema Indurado de Bazin, é uma manifestação da Tuberculose Extrapulmonar de difícil suspeição. Nesse sentido, deve ser lembrada em lesões eritemato - violáceas em face posterior dos membros inferiores em pacientes imunossuprimidos. Seguindo essa lógica, a úlcera possui bordas nítidas, elevadas, fundo hemorrágico, crosta e base infiltrada, evolui com regressão da ulceração com cicatriz e chance de recidiva. O diagnóstico é firmado com base no quadro clínico e exames complementares: PPD, histopatológico e PCR para DNA da M. tuberculosis, fazendo diagnóstico diferencial com Sarcoidose, Poliarterite Nodosa e Síndrome de Sweet. O tratamento é baseado na poliquimioterapia para Tuberculose.

Palavras-chave: Eritema Indurado de Bazin Tuberculose Cutânea Tuberculose

https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103003

ESCAPE VIRAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E ENCEFALITE CD8+ EM PESSOA VIVENDO COM HIV: PRIMEIRO RELATO DE CASO NO BRASIL E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO MINIMAMENTE INVASIVO

José Ernesto Vidal[a,*], Iron Dangoni Filho[b],
Ingrid Barboza[c], Jerusa Smid[a]

[a] *Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo, SP, Brasil;*
[b] *Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil;*
[c] *Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil*

Introdução: O sistema nervoso central (SNC) é um reservatório do HIV, a partir do qual pode acontecer escape viral sintomático, independentemente do controle da replicação sistêmica. Nesse cenário, tem sido descritos alguns casos de encefalite CD8+, classicamente diagnosticados mediante biópsias cerebrais. Neste estudo, apresentamos um caso de escape viral no SNC e encefalite CD8+ em pessoa vivendo com HIV (PVHIV), destacando a importância do diagnóstico minimamente invasivo e tratamento oportuno.

Relato do caso: Paciente de 35 anos de idade foi trazido por familiares ao Pronto Socorro, devido à presença de alteração comportamental nos últimos dois meses e crises convulsivas no último dia. O paciente tinha diagnóstico de infecção por HIV-1 desde 2002 e usava regularmente tenofovir, lamivudina, darunavir/ritonavir com controle laboratorial de longa data (CD4+ = 568 células/mm^3 e carga viral do HIV-1 < 40 cópias/mL). Ao exame neurológico, foi evidenciado alentecimento psicomotor, desorientação e afasia global. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) mostrou 16/30 pontos e a Escala Internacional de Demência por HIV (IHDS) mostrou 5,5 pontos. A ressonância magnética (RM) mostrou hipersinal difuso em T2/FLAIR nas substâncias branca e cinzenta, e realce perivenular em T1-Gd. O líquor mostrou pleocitose linfomonocitária (72 células/mL), elevação de proteínas (300 mg/dL), carga viral do HIV-1 de 420 cópias/mL e imunofenotipagem com 73% de linfócitos CD8+. As pesquisas etiológicas para outros microorganismos foram negativas. Foram prescritos anticonvulsivantes e metilprednisolona 1 g/dia durante 5 dias. A partir do terceiro dia, o paciente teve importante melhora neurológica. Após pulsoterapia, foi iniciada prednisona 1 mg/kg com orientação para redução progressiva até sua descontinuação. Após 3 semanas de hospitalização, o