

## RELATO DE CASO

## COINFECÇÃO ENTRE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UM RELATO DE CASO

## COINFECTION BETWEEN AMERICAN TEGUMENTARY LEISHMANIOSIS AND THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: A CASE REPORT

 ACESSO LIVRE

**Citação:** Araujo FM et al. (2019), COINFECÇÃO ENTRE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: UM RELATO DE CASO, 6(3): 22-25.

**Instituição:**

<sup>1</sup>Médico(a) Residente em Dermatologia da Universidade Federal do Tocantins – UFT (Palmas-TO);

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de medicina da Universidade Nove De Julho Bauru – UNINOVE (Bauru-SP);

<sup>3</sup> Médico Patologista do Laboratório SICAR (Palmas-TO);

<sup>4</sup> Médico Dermatologista da Prefeitura de Palmas – (Palmas-TO);

<sup>5</sup> Médico(a) Dermatologista do Hospital Geral Público de Palmas – HGP (Palmas-TO).

**Autor correspondente:**

Fellipe Magela de Araújo  
Fellipemagela@gmail.com

**Editor:** Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 23 de dezembro de 2019.

**Direitos Autorais:** © 2019 Araujo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

Fellipe Magela de Araujo<sup>1</sup>; Amanda Oliveira Gurgel do Amaral<sup>2</sup>; Yasmin Pugliesi<sup>1</sup>; Plínio Medeiros Filho<sup>3</sup>; Caio César Siqueira Formiga<sup>4</sup>; Jose Tarciso da Silva<sup>5</sup>; Luciane Prado e Silva Tavares<sup>5</sup>.

**RESUMO**

**Introdução:** A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecto parasitária de acometimento cutâneo mucoso causada por protozoários do gênero *Leishmania*. O quadro clínico depende da espécie da *Leishmania* envolvida e da resposta imune do hospedeiro. Indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem apresentar quadros atípicos e exuberantes de LTA. **Relato do Caso:** Este trabalho relata um caso de LTA mucocutânea em um paciente HIV positivo com acometimento extenso de hemiface esquerda. Esse paciente esteve aos cuidados de uma equipe interdisciplinar e as lesões cutâneas melhoraram após uso de Anfotericina B lipossomal. **Considerações Finais:** O diagnóstico e tratamento precoce de casos atípico de LTA é fundamental. Mais estudos deveriam ser propostos para elucidar a imunologia da coinfeção entre HIV e LTA.

**Palavras Chave:** Leishmaniose Mucocutânea; HIV; Coinfeção.

**ABSTRACT**

**Introduction:** American Cutaneous Leishmaniasis (ACL) is a parasitic infectious disease of mucocutaneous impairment caused by protozoa of the genus *Leishmania*. Clinical features depend on the species of *Leishmania* involved and the immune response of the host. Human immunodeficiency virus (HIV)-infected individuals may present atypical and exuberant clinical manifestations of ACL. **Case Report:** This study reports a case of mucocutaneous ACL in a HIV-positive patient with extensive involvement of left hemiface. This patient was in the care of an interdisciplinary team and skin lesions improved after liposomal amphotericin B. **Final considerations:** Early diagnosis and adequate treatment of atypical ACL is crucial. More studies should be proposed to better understand the immunology of coinfection between HIV and ACL.

**Keywords:** Leishmaniasis, Mucocutaneous; HIV; Coinfection..

**INTRODUÇÃO**

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania*, pode acometer pele e mucosas e é Infecto parasitária <sup>1</sup>. Figuras iconográficas relacionadas a LTA são encontradas em cerâmicas

de tribos incas do Peru e Equador de 400 a 900 AD que evidenciavam uma doença de comprometimento cutâneo mucoso com faces mutiladas e acometimento nasal <sup>2</sup>. No Brasil apresenta áreas endêmicas e merece grande atenção devido ao comprometimento dermatológico que pode cursar com deformidades, envolvimento psicológico, social e econômico <sup>1</sup>.

A LTA pode apresentar diferentes formas clínicas dependendo da espécie de *Leishmania* envolvida, bem como, das relações inerentes a interação do agente causador com o hospedeiro<sup>3,4</sup>. Nesse contexto, um quadro de imunossupressão pode alterar a história natural da LTA gerando manifestações atípicas e as vezes de difícil terapêutica. Na coinfeção entre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a LTA já foram relatados casos exuberantes, falhas terapêuticas, maiores índices de fatalidade, menor cura e maior recorrência<sup>4,5</sup>.

O presente artigo visa relatar um caso conduzido satisfatoriamente de coinfeção entre HIV e LTA e discutir a clínica, o diagnóstico e manejo do paciente em paralelo com o que é preconizado na literatura.

## RELATO DO CASO

Paciente, 36 anos, masculino, negro, procedente de São Félix-PA, comparece em ambulatório com queixa principal de "ferida na face há 2 anos". Relatou que há 2 anos apresentou uma pequena úlcera em região malar esquerda que foi crescendo e atingindo grande parte da hemiface esquerda. Referiu prurido e episódios de saída de secreção serosanguinolenta associados. Não soube relatar fatores desencadeantes ou de melhora. Referiu tentativas de tratamento com antibióticos e antifúngicos tópicos e sistêmicos prescritos por médicos, sem melhora do quadro.

Nos antecedentes pessoais referiu fazer uso de bebida alcoólica socialmente há 15 anos, referiu 1 episódio de malária e 2 acidentes ofídicos prévios. Relatou também comportamento sexual de risco com presença de várias parceiras sexuais desde a adolescência.

Ao exame: Lesão ulcerada com aproximadamente 10 cm em seu maior diâmetro, presença de fundo granuloso com crostas hemáticas esparsas e bordas infiltradas e violáceas. As margens da lesão infiltram a esquerda: o lóbulo de orelha; a região mandibular; maxilar; paranasal; palpebral; temporal e auricular anterior. A rinoscopia evidenciou acometimento de mucosa nasal e a oroscopia demonstrou a infiltração do palato. Mediante ao quadro apresentado, diagnósticos diferenciais de úlceras foram aventados, entre eles: PLECT (Paracoccidioidomicose; Leishmaniose Tegumentar; Esporotricose; Cromomicose; Tuberculose Cutânea); Pioderma Gangrenoso; e Neoplasia de Pele não melanoma. O caso foi conduzido com realização de biópsia, exames laboratoriais, sorologias e investigação de causas de imunossupressão que justificassem o acometimento exuberante.

Digno de nota, em exames complementares, presença de sorologia para HIV positiva e elevação de ureia e creatinina compatíveis com injúria renal. Em anatomopatológico visualização de infiltrado difuso na derme com linfócitos, histiócitos, plasmócitos e de amastigotas intracelulares compatíveis com LTA.

Paciente, nesse contexto, foi orientado quanto a seus diagnósticos de HIV e LTA com acometimento cutâneo e mucoso. Foi realizada internação do mesmo em nível terciário de atenção com introdução de Terapia Antirretroviral (TARV) com Tenofovir 300mg/dia + Lamivudina 300mg/dia + Dolutegravir 50mg/dia. Ademais, foi proposto e realizado

tratamento da LTA mucocutânea com Anfotericina B Lipossomal de acordo com o peso do paciente (56kg), sendo assim, foram administradas 44 ampolas de anfotericina B lipossomal em 11 dias (4 ampolas por dia) resultando em uma dose total de tratamento de 2.200mg (39,28mg/kg).

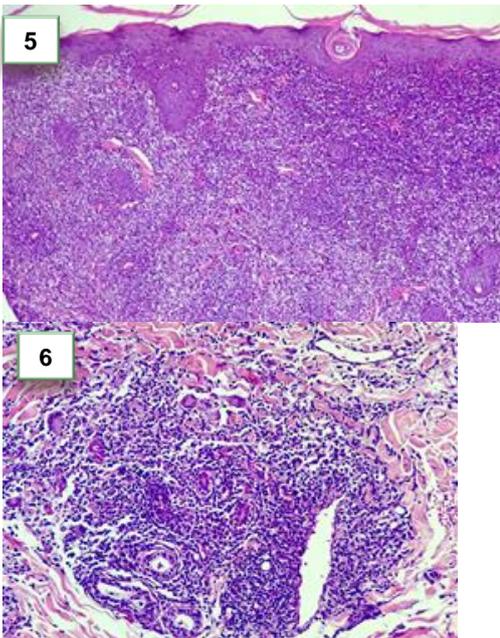
Durante a internação, paciente apresentou melhora clínica do estado geral, tendo sido assistido por uma equipe interdisciplinar com a presença de profissionais de dermatologia, infectologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, nutrição, enfermagem e psicologia. Após ter recebido cuidados locais e sistêmicos para o quadro que apresentava, recebeu alta após 15 dias de internação para continuidade de acompanhamento em nível de atenção secundário.



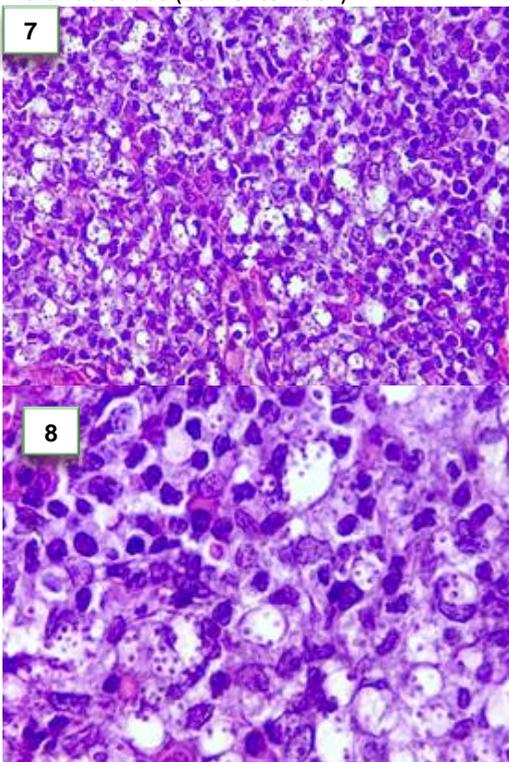
**Fig 1.** Úlcera em hemiface esquerda antes do início do tratamento. **Fig 2.** Acometimento de palato em LTA.



**Fig 3.** Úlcera em hemiface esquerda após 1 semana de tratamento. **Fig 4.** Úlcera em hemiface esquerda após término de última dose de Anfotericina B lipossomal.



**Fig 5:** Epiderme com hiperplasia focal e infiltrado inflamatório difuso em toda derme (aumento 40x). **Fig 6:** Infiltrado em meio a fibras colágenas com presença de células gigantes multinucleadas (aumento 100x).



**Fig. 7:** Infiltrado com linfócitos, histiócitos e plasmócitos. Presença de amastigotas intracelulares (aumento 400x). **Fig 8:** Visualização de vacúolos com presença de amastigotas (aumento 1.000x).

## DISCUSSÃO

Na vigência da clínica de uma úlcera extensa, alguns diagnósticos devem ser propostos, dentre eles o PLECT, Pioderma Gangrenoso, e Neoplasia de Pele não melanoma. No paciente relatado, a extensão da lesão fugia aos padrões habitualmente encontrados nessas patologias, sendo assim, a

suspeita de uma possível imunossupressão se fez presente. A condução do caso deu-se corretamente com uma biópsia e também com a busca de causas que justificassem a clínica exuberante, pois, ressalta-se que o quadro clínico depende do parasita e do sistema imune do hospedeiro<sup>1,3,4,6</sup>. Como desfecho, o diagnóstico da coinfeção entre LTA associado ao HIV foi realizado.

Desde de os primeiros casos descritos de LTA associada ao HIV no final da década de 80, inúmeros casos foram constatados sendo um desafio em áreas tropicais o manejo dessa coinfeção<sup>7,8</sup>.

É descrito na literatura que o HIV pode alterar a manifestação da LTA em pacientes, e sugere-se que a LTA pode acelerar a história natural do HIV<sup>9,10</sup>. De maneira geral, entende-se que fatores imunológicos inerentes ao HIV direcionam a imunidade do paciente para o polo humoral, com prejuízo da resposta celular, o que prejudica o controle e a defesa contra parasitas como a *Leishmania*<sup>4,8</sup>. Além disso, a *Leishmania* apresenta mecanismos de escape imunológico que visam proporcionar a sua manutenção e multiplicação no hospedeiro, dentre eles cita-se: o parasitismo intracelular; a inibição da resposta TH1 responsável pela produção de citocinas que ajudam na defesa celular; redução da atividade das células NK; redução da expressão de antígenos limitando a atuação do complexo de histocompatibilidade classe 2; e inibição da expressão da óxido nítrico sintetase, favorecendo o parasitismo intracelular<sup>4,8</sup>.

Após o entendimento dos diagnósticos principais do paciente em estudo, foram seguidos protocolos do ministério da saúde para pessoa diagnosticada com HIV/AIDS sendo proposta a TARV com Tenofovir 300mg/dia + Lamivudina 300mg/dia + Dolutegravir 50mg/dia. Ademais o paciente foi notificado, foram rastreadas durante a internação outras coinfeções -não encontradas- e uma vez que a TARV foi introduzida, o paciente foi orientado que a mesma deveria ser diariamente continuada para que se evitasse resistência<sup>11</sup>.

Em pacientes com LTA coinfectados com HIV ou demais imunossupressões, a Anfotericina B Desoxicolato é o medicamento de escolha para o tratamento, todavia, esta é contraindicada em pacientes com comorbidades renal, hepática, cardíaca, gestantes e pacientes com idade maior ou igual a 50 anos, nesse contexto, a anfotericina B Lipossomal passa a ser a primeira escolha<sup>1</sup>. O tratamento do paciente foi realizado de maneira assertiva com anfotericina B Lipossomal sendo justificado pela injúria renal que o mesmo apresentava. A dose endovenosa de anfotericina B Lipossomal total para Leishmaniose cutâneo mucosa em pacientes coinfectados pelo HIV deve ser de 30 a 40mg/kg em dose total, tendo o paciente recebido (39,28mg/kg) sem intercorrências<sup>1</sup>.

O critério de cura para Leishmaniose tegumentar de acometimento cutâneo e/ ou mucoso é clínico. Em lesões cutâneas o critério clínico de cura dá-se pela melhora progressiva das lesões com reepitelização das mesmas em até 90 dias e com desaparecimento dos sinais de descamação, crosta, infiltração e eritema em até 180 dias da conclusão do esquema. Em lesões mucosas a cura clínica é definida pela regressão de todos os sinais de acometimento mucoso comprovados por exame otorrinolaringológico em até 6 meses após o término do tratamento<sup>1</sup>.

No caso relatado, considerou-se que o paciente foi manejado de maneira satisfatória com a notificação das comorbidades encontradas (LTA e HIV); pronta introdução da TARV; tratamento correto da LTA; e recebeu alta para continuidade de acompanhamento com diferentes especialistas pelo grau de acometimento que apresentava, bem como pela necessidade de seguimento para controle de cura.

## CONCLUSÃO

A maioria dos casos de LTA não apresentam a complexidade do caso relatado, porém, é imprescindível que o médico que reside em áreas endêmicas tenha a vivência e esteja apto a se deparar, suspeitar e, em algumas situações, conduzir casos que podem ser desafiadores.

Ressalta-se a importância de novos estudos para que se entenda melhor a imunologia da Leishmaniose no paciente portador de HIV.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde. Manual de Vigilância de Leishmaniose Tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf)
2. Silva GA, Sugui D, Nunes RF, Azevedo K, Azevedo M, Marques, A, Martins C, Ferry FRA. Mucocutaneous Leishmaniasis/HIV Coinfection Presented as a Diffuse Desquamative Rash: Case Rep Infect Dis 2014; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274836/>
3. Fauci, AS. Host factors and the pathogenesis of HIV – induced disease. Nature 384: 529-534, 1996. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/384529a0>
4. Raimunda NR, Salero Cristina PS, Resende P, Paula CDR. Leishmaniose tegumentar americana associada à AIDS: relato de quatro casos. Rev. Soc. Bras. Med. Trop 2002 nov-dez; 35(6):651-654. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822002000600017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000600017)
5. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento da Co-infecção Leishmania-HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_diagnostico\\_leishmania\\_hiv.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_diagnostico_leishmania_hiv.pdf)
6. Idrogo JJA, Valverde RAM, Chian C, Villafane CB. Leishmaniasis mucocutânea en un paciente con infección por VIH: Rev Chilena Infectol 2014; 31 (5): 610-614. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000500015](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500015)
7. Coura JR, Castro GB, Grimaldi Jr G. Disseminated American Cutaneous Leishmaniasis in a Patient with AIDS. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 1987 out-dez; 82(4). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/mioc/v82n4/vol82\(f4\)\\_113-114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v82n4/vol82(f4)_113-114.pdf)
8. Guerra JAO, Coelho LIRC, Pereira FR, Siqueira AM, Ribeiro RL, Miranda LA, Lacerda MVG, Barbosa MG, Talhari S. American Tegumentary Leishmaniasis and HIV-AIDS Association in a Tertiary Care Center in the Brazilian Amazon. Am. J. Trop. Med. Hyg 2011; 85(3): 524–527. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/85/3/524.pdf?expires=1545085870&id=id&accname=guest&checksum=97096F273E7FB3318578A9975EDE07D0>

9. Desjeux P, Alvar J. Leishmania/HIV co-infections: epidemiology in Europe. Ann Trop Med Parasitol 2003; 97(1)3–15. Disponível em: [https://www.who.int/leishmaniasis/burden/hiv\\_coinfection/en/ATMP1.pdf](https://www.who.int/leishmaniasis/burden/hiv_coinfection/en/ATMP1.pdf)

10. Molina R., Gradoni L., Alvar J. HIV and the transmission of Leishmania. Ann Trop Med Parasitol 2003;97(1):29–45. Disponível em: [http://158.232.12.119/leishmaniasis/burden/hiv\\_coinfection/ATMP3.pdf](http://158.232.12.119/leishmaniasis/burden/hiv_coinfection/ATMP3.pdf)

11. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

[file:///C:/Users/DELL/AppData/Local/Temp/pcdt\\_adulto\\_12\\_2018\\_web-2.pdf](file:///C:/Users/DELL/AppData/Local/Temp/pcdt_adulto_12_2018_web-2.pdf)