

Neurocriptococose e meningite pneumocócica em paciente vivendo com HIV**Neurocryptococcosis and pneumococcal meningitis in a patient living with HIV**

DOI:10.34117/bjhrv2n5-042

Recebimento dos originais: 17/09/2019

Aceitação para publicação: 14/10/2019

Mariana Guimaraes De Oliveira Castro

Graduanda em medicina na Universidade Nilton Lins

Instituição Universidade Nilton Lins

End: Av Andre Araujo no 1777, bairro aleixo, Manaus- AM, Brasil

E-mail: marianagocastro@gmail.com

Sílvio César Pereira Fragoso

Médico especialista em medicina tropical

Fundação de medicina tropical doutor Heitor Vieira dourado

Endereço: Av. Pedro Teixeira, s/n - Dom Pedro, Manaus - AM, 69040-000

E-mail: silviofragoso@gmail.com

Yuri Ribeiro Carneiro

Graduando em medicina na Universidade Nilton Lins

Instituição universidade Nilton lins

Endereço: Av. Professor Nilton Lins 2401, Torre 5 apartamento 705, Manaus, AM ,
Brasil

E-mail: yuriribeiro_95@hotmail.com

Rebeca Alecrim Bessa

Graduanda em medicina na universidade Nilton lins

Instituição universidade Nilton lins

Endereço: av rio Madeira, 36, edifício Chopin, N S das Graças, Manaus, AM , Brasil

E-mail: rebeaabessa@gmail.com

Marcos Magno Covre Bergamim

Graduando em medicina na Universidade Nilton Lins

Instituição universidade Nilton lins

Endereço: Av. Ephigenio Salles, 2240, Aleixo, Manaus, AM, Brasil

E-mail: magnocovre@hotmail.com

Náhida Hauache Fraxe

Graduanda em Medicina pela Universidade Nilton Lins

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Avenida Efigenio Salles, 2477, condomínio Ephygenio Salles, casa 112,
Manaus- AM, Brasil

E-mail: nahidafraxe@gmail.com

Dânia Hauache Fraxe

Graduanda em medicina na universidade nilton lins
Instituição universidade nilton lins
Endereço: av efigenio salles, 2477, casa 112, Aleixo, Manaus - AM, Brasil
E-mail: dfraxe@gmail.com

Maria Carolina Rodrigues Bezerra
Graduanda em medicina na Universidade Nilton Lins
Instituição Universidade Nilton Lins
Endereço: Avenida Coronel Teixeira, 2104. Bairro Ponta Negra, Manaus- AM, Brasil
E-mail: mariacarolrb@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A neurocriptococose e a meningite pneumocócica são duas doenças oportunistas que podem acometer pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com cd4 baixo. No entanto, encontrar associadas no mesmo paciente é raro. **Objetivo:** Relatar um caso de neurocriptococose concomitante a meningite pneumocócica em paciente vivendo com HIV da cidade de manaus – AM. **Metodologia:** Pesquisa descritiva com relato de caso com coleta dos dados clínicos através do prontuário. **Resultados:** Paciente evoluindo há 3 meses com clínica compatível com síndrome da imunodeficiência, sendo confirmado infecção por HIV, associado clinica neurológica extensa com características de comprometimento do parênquima encefálico e meníngeo. Confirmado o diagnóstico de neurocriptococose e meningite pneumocócica. **Considerações Finais:** O relato apresentado descrever em um único caso diversas características da infecção por HIV. Concluído que a evolução da doença é peculiar a cada paciente por depender de múltiplos fatores que colaboram ou não para a morbimortalidade e gravidade do HIV. Destacasse a clínica e a evolução de duas importantes infecções relacionadas a imunodeficiência pelo HIV. Demonstrando as possibilidades patológicas que o paciente portador do HIV, sem tratamento adequado, estar predispostos a desenvolver ao longo da evolução da doença e a suas múltiplas associações, caracterizando um desafio para o infectologista na abordagem a esses pacientes.

Palavras chave: Infecções Oportunistas, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Criptococose, Meningite Pneumocócica.

ABSTRACT

Introduction: Neurocryptococcosis and pneumococcal meningitis are two opportunistic diseases that can affect people living with HIV (PLHIV) with low cd4. However, finding associates in the same patient is rare. **Objective:** To report a case of concomitant neurocryptococcosis with pneumococcal meningitis in a patient living with HIV in the city of manaus - AM. **Methodology:** Descriptive research with case report with clinical data collection through medical records. **Results:** Patient evolving for 3 months with a clinic compatible with immunodeficiency syndrome, confirmed by HIV infection, associated with extensive neurological clinic with characteristics of encephalic and meningeal parenchyma. Confirmed diagnosis of neurocryptococcosis and pneumococcal meningitis. **Final Considerations:** This report describes in a single case several characteristics of HIV infection. It is concluded that the evolution of the disease is peculiar to each patient because it depends on multiple factors that contribute or not to the morbidity and mortality of HIV. Highlight the clinic and evolution of two major

infections related to HIV immunodeficiency. Demonstrating the pathological possibilities that the patient with HIV, without adequate treatment, may be predisposed to develop along the evolution of the disease and its multiple associations, characterizing a challenge for the infectologist in approaching these patients.

Keywords: Opportunistic Infections, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Cryptococcosis, Pneumococcal Meningitis.

1 INTRODUÇÃO

A neurocriptococose e a meningite pneumocócica são duas doenças oportunistas que podem acometer pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com CD4 baixo. No entanto, encontrar essas duas afecções juntas no mesmo paciente é raro. [SEP:SEP]

2 OBJETIVO

Relatar um caso de Neurocriptococose concomitante a Meningite Pneumocócica em Paciente Vivendo com HIV da cidade de Manaus – AM.

3 METODOLOGIA

Pesquisa descritiva com relato de caso de um paciente do sexo masculino, 27 anos, ocorrido no estado do Amazonas. A coleta dos dados clínicos deu-se através do prontuário.

4 RESULTADOS

Paciente, I.F.O., sexo masculino, 27 anos, pardo, soldador em empresa de construção, solteiro, adventista não praticando, natural e procedente de Manaus.

Paciente relata que há 3 meses iniciou quadro com cefaleia frontal latejante associado a fotofobia, rigidez de pescoço à direita e febre intermitente não aferida que melhorava ao uso de dipirona. Há 2 meses seguiu com piora dos sintomas associado há três episódios eméticos sem hemoptóicos com restos alimentares e inapetência. Foi em cinco pronto socorros, sendo realizado tratamento sintomático e hidratação. Há um mês iniciou perda ponderal de aproximadamente 20kg associada a vertigem subjetiva e delírios (ouvia vozes e via vultos) com agitação noturna sem sono reparador. Há 20 dias progrediu com pioras dos sintomas e tremores em membros superiores e inferiores, com falta de equilíbrio e diminuição da força em lado direito. Ficou internado por 2 dias no HPSJL, progredindo com piora dos movimentos e dispneia. No 1º dia de

acompanhamento, paciente comparece em consulta de primeira vez no FMT-HVD com teste rápido de HIV reagente, queixando-se de cefaleia de forte intensidade associada a turvação visual e alteração do equilíbrio dinâmico, além de perda de força muscular em membro inferior direito.

Relata Tuberculose há três anos, com realização de tratamento e alta médica. Episódio de herpes há três anos e tétano no pé esquerdo há dois anos. Nega histórico de alergias, diabetes, hipertensão, hepatites, malária e varicela. Vida sexual ativa, com múltiplas parceiras, fazendo uso de preservativo esporadicamente. Etilista e tabagista há 10 anos. Refere uso de ilícitos (cocaína e maconha). Habitação: casa de alvenaria com 2 cômodos, 3 coabitantes, água de poço não tratada e não fervida, sem saneamento básico. Possui 4 cachorros e 1 gato. Mora há 3 anos nesse endereço.

Ao exame físico, paciente em bom estado geral (BEG), ativo no leito, lúcido e orientado no tempo e espaço (LOTE), fácies atípica, anictérico, acianótico, hidratado, normocorado, sem edema em membros inferiores, visivelmente emagrecido. Sinais vitais: temperatura axilar 36° C, pulso 76 bpm, frequência respiratória 19 irpm, PA 158x90 mmHg. Oroscoopia evidenciando monilíase oral. Ausculta cardíaca: RCR, 2T, BNF, SS. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, nos ápices e nas bases, sem ruídos adventícios. Abdôme: plano, cicatriz umbilical centralizada, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes. Exame neurológico: GLASGOW 15, pupilas isocóricas, fotoreagentes, força muscular grau 4 membros superiores e inferiores a direita. Pele: presença de cicatriz de herpes zooster no flanco esquerdo.

Exames complementares:

	1° dia de acompanhamento	13° dia de acompanhamento	25° dia de acompanhamento
EAS	Turvo, traços de leucócitos, 6 piócitos, cristais frequentes de uratos amorfos, bacteriúria moderadamente aumentada	-	-

Hemácias	<u>5,75</u>	<u>3,983</u>	<u>3,919</u>
Hemoglobina	13,31	<u>9,324</u>	<u>9,46</u>
Hematócrito	43,87	<u>31%</u>	<u>31,25</u>
VCM	<u>76,27</u>	<u>77,84</u>	<u>79,79</u>
HCM	<u>23,13</u>	<u>23,41</u>	<u>24,16</u>
CCHM	<u>30,33</u>	<u>30,07</u>	<u>30,28</u>
RDW	12,87	14,35	<u>16,12</u>
Leucócitos	5293	3046	4070
Segmentados	61%	<u>15%</u>	<u>15%</u>
Eosinófilos	2%	<u>10,5%</u>	5%
Basófilos	0%	<u>1,7%</u>	0%
Linfócitos	33%	<u>67,7%</u>	<u>75%</u>
Monócitos	4%	5,1%	5%
Plaquetas	443.600	373.000	391.000
Albumina	4,4	<u>3,1</u>	<u>3,2</u>
Amilase	<u>210</u>	<u>162</u>	-
BT	0.96	0.29	0.34
BD	0.07	0.07	0.07
BI	<u>0.90</u>	0.22	0.27
CK	63	-	-
Creatinina	1.1	1	0,8
Ureia	25	16	13
DHL	386	-	314
Fosfatase Alcalina	224	215	254
Gama GT	49	58	<u>88</u>
Glicose	136 (foi feito 15h)	77	88
Potássio	<u>5,3</u>	<u>3,2</u>	<u>3,3</u>
Sódio	139	<u>150</u>	<u>149</u>
TGO/AST	28	22	20
TGP/ALT	13	16	15

Teste rápido Anti-HCV	Não reagente	-	-
Teste rápido HbsAg	Não reagente	-	-
VDRL	Não reativo	-	-
Cloretos	-	102	107
Ferro	-	<u>52</u>	-
Fósforo	-	3,1	4,7
Magnésio	-	1,8	2
Triglicérides	-	152	-
PCR	-	<u>12</u>	-
TAP	-	-	<u>15,3</u> <u>segundos = 64% -</u> <u>INR 1.25</u>

TC de crânio (1º dia de acompanhamento): exame tomográfico sem alterações.

Carga viral (3º dia de acompanhamento): 2268000 cópias

CD4 (3º dia de acompanhamento): 66 células

Sorologias: teste rápido de hiv 1 e 2: soro reagente; anti-HCV e HBSAg não reagente; VDRL não reativo; CMV igg reativo; CMV igm não reativo; herpes 1 e 2 igg reativo, igm não reativo; rubéola igg reativo, igm não reativo; toxoplasmose igg reativo, igm não reativo.

TC de tórax (16º dia de acompanhamento): derrame pleural bilateral, bronquite.

ANÁLISE DO LIQUOR	1º dia de acompanhamento	17º dia de acompanhamento
Volume	2.0 ml	2.0 ml
Cor	Esbranquiçado	Incolor
Aspecto	Turvo	Limpido
Coágulo	Ausente	Ausente
Globulina	Positivo (+)	Traços
Glicose	44.0 mg/dl	44.0
Proteínas	157.0 mg/dl	75.9
Cloretos	98.0 mEq/l	115.0
Lactatos	2.5 mmol	1.9

Citometria	14.166 cel/mm ³	96
Citologia	100% MNN Cels MNNs atípicas	100% MNNs.
GRAM	Raros diplococcus gram+	Ausencia de Bacterias na lamina examinada
Ziehl	Ausencia de BAAR	Ausencia de BAAR
Nankin	Raros Criptococcus (raros gemulado)	Raros Criptococcus em 2 laminas examinadas
VDRL	Não reagente	-
Observações	Raras hemácias normais. Límpido incolor com sedimento branco após centrifugação	-
Cultura	Streptococcus pneumoniae	-

Portanto, confirmando o diagnostico de Síndrome da imunodeficiência humana mais Neurocriptococose mais Meningite Pneumocócica. Paciente foi internado com Dieta livre, SF 0,9%: 500ml antes e 500ml após administração de Anfotericina B, Fluconazol, Sulfametoxazol + Trimetoprima (profilaxia pneumocistose e toxoplasmose), Dipirona em caso de dor ou febre, Metoclopramida se náuseas ou vômitos. Sinais Vitais de 6/6h. Também foi feito uso de ceftriaxona EV durante 14 dias para tratamento da meningite pneumocócica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato apresentado descrever em um único caso diversas características da infecção por HIV como os aspectos epidemiológicos, socioeconômicos, fatores de riscos, doença típicas da imunodeficiência, com clinica envolvendo vários sistemas e complicações diversas. Concluindo que a apresentação e evolução da doença é peculiar a cada paciente por depender de múltiplos fatores: socioeconômicos, culturais, ambientais, físicos, biológicos e psíquicos que colaboram ou não para a morbimortalidade e gravidade do HIV.

Destacasse, ainda, nesse trabalho a clínica e a evolução de duas importantes infecções relacionadas a imunodeficiência pelo HIV. Demonstrando as possibilidades patológicas que o paciente portador do HIV, sem tratamento adequado, estar predispostos a desenvolver ao longo da evolução da doença e a suas múltiplas associações, caracterizando um desafio para o infectologista na abordagem a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. AIDS e doenças oportunistas transmissíveis na faixa de fronteira brasileira. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 43, n. 5, p. 542-7, 2010.

Portela, Margareth Crisóstomo, and Michel Lotrowska. "Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil." *Revista de Saúde Pública* 40 (2006): 70-79.

Rodrigues-Júnior, Antonio Luiz, and Euclides Ayres de Castilho. "AIDS and transmissible opportunistic diseases in the Brazilian border area." *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43.5 (2010): 542-547.

Guimarães MDC. Estudo temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil, 1980-1999. *Cad Saude Publica* 2000; 16(supl 1):21-36.