
Relato de Caso: Coinfecção Leishmaniose Visceral/HIV no Município de Votuporanga

Denise Maria Bussoni BERTOLLO¹, Margarida Georgina BASSI¹, Márcia Maria Costa Nunes SOARES¹, Rosa Maria ZINI¹, Juliana Kindler FIGUEIREDO¹, Luciana dos Santos Ferreira TEIXEIRA², Regina Silvia Chaves de LIMA², Roberto Mitsuyoshi HIRAMOTO³, José Eduardo TOLEZANO³

¹*Centro de Laboratório Regional-São José do Rio Preto, Instituto Adolfo Lutz*

²*GVE-XXIX-Grupo de Vigilância Epidemiológica, Subgrupo de Votuporanga*

³*Núcleo de Parasitoses Sistêmicas, Centro de Parasitologia e Micologia, Instituto Adolfo Lutz*

O Brasil enfrenta uma expansão e urbanização da Leishmaniose Visceral (LV), com aumento do número de casos humanos e caninos. A LV e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são ambas de grande importância para a Saúde Pública devido a sua magnitude e transcendência¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ambas as infecções estão entre os agravos de maior relevância no mundo: a LV ocorre em 67 países, com aproximadamente 500 mil casos novos e 59 mil mortes ao ano; e estima-se que, no mundo, 33,2 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV, com a ocorrência de 2,5 milhões de novas infecções e uma média de 77 mil mortes a cada ano².

No Brasil, desde o início da década de 1990, observa-se um aumento expressivo do número de casos de coinfecção HIV/Leishmaniose³. Há estimativas de um crescimento contínuo dessa coinfecção devido à sobreposição geográfica das duas infecções, como consequência da urbanização das leishmanioses e da interiorização da infecção pelo HIV⁴.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de co-infecção HIV/LV de um paciente vivendo em área endêmica.

Foram analisadas as fichas de notificações de LV e Aids, bem como a avaliação clínico-laboratorial. Os dados laboratoriais foram obtidos pelo Sistema de Informatização de Gestão Hospitalar (SIGH) do Centro de Laboratório Regional de São José do Rio Preto.

Paciente, gênero masculino, 38 anos, mecânico, procedente de Votuporanga (SP), com diagnóstico de HIV em 2001, pelo método sorologia anti-HIV (ELISA) reagente, confirmado pelas técnicas de “Western-Blot” e Imunofluorescência Indireta, evoluiu em 2004 para HIV/AIDS tendo como critério de definição a contagem de linfócitos CD4+ menor que 350 células/mm³. Sua carga viral, em 12/4/2011, era 115.113 cópias/mL e CD4+ 411 células/mm³, sendo recomendado o uso dos antirretrovirais: Tenofovir 300 mg (1 cápsula/dia) + Lamivudina 150 mg (1 cápsula de 12/12 horas) + Kaletra (2 cápsulas de 12/12 horas), porém fazendo uso irregular há um ano.

Em abril de 2012, o paciente procurou o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) DST/Aids,

onde faz acompanhamento para HIV, relatando os seguintes sintomas: febre, fraqueza, emagrecimento e fenômenos hemorrágicos urinários.

O paciente foi encaminhado à Santa Casa do município para atendimento de emergência, sendo internado para investigação do quadro clínico. A avaliação laboratorial evidenciou hemograma sem alterações. Foi realizado exame de ultrassonografia de abdômen, em que notou-se baço aumentado e diagnosticou-se hepatoesplenomegalia e calcificações esplênicas.

Uma semana após a internação, apresentava febre persistente e hemograma com diminuição de plaquetas para 91.000 mm³, leucócitos para 3.100 mm³ e hemoglobina em 9,8 g/dl, mantendo o quadro de pancitopenia. Após a exclusão de outras patologias, e por meio de investigação epidemiológica, levantou-se a hipótese de Leishmaniose.

Foram utilizados três métodos diagnósticos: mielograma, por exame microscópico de lâminas, o qual evidenciou a presença de formas amastigotas de *Leishmania spp.* no interior dos macrófagos; teste rápido humano imunocromatográfico (Kalazar Detect – InBios®) para Leishmaniose Visceral com reação reagente; e imunofluorescência indireta (RIFI – BioManguinhos®), reagente com título de 1:160.

O paciente foi tratado com Anfotericina B lipossomal durante cinco dias, por infusão venosa, em dose única diária, conforme preconizado. Nesse momento, apresentou carga viral de 4.643 cópias/mL e queda de linfócitos T CD4+ para 135 células/mm³.

O paciente apresentou evolução clínica estável e foi considerado curado da LV. Após alta hospitalar, retornou ao ambulatório uma semana após o tratamento, com quadro assintomático.

O número de casos de coinfeção HIV/*Leishmania* tem crescido, fazendo com que a associação entre as duas infecções seja considerada um problema emergente⁵. Estudos em pacientes co-infectados LV/HIV demonstram uma letalidade em tor-

no de 9,7% com média de idade de aproximadamente 38 anos. Apesar disso, o paciente apresentou evolução clínica estável e foi considerado curado da LV.

A importância epidemiológica dessa questão está no fato de que os pacientes com HIV/Aids vivendo em áreas endêmicas de leishmanioses apresentam maior risco de manifestá-las. Além disso, a coinfeção entre HIV/*Leishmania* acelera o curso clínico da infecção pelo HIV. Assim, as leishmanioses têm sido consideradas como infecção oportunista emergente entre pacientes com infecção por HIV, nas áreas endêmicas⁶.

O caso relatado demonstra a importância da investigação epidemiológica na identificação de comorbidades graves, que apresentam sintomas inespecíficos e que, em alguns casos de co-infecção com HIV, podem apresentar prognóstico desfavorável.

AGRADECIMENTOS

SAE–Votuporanga e Santa Casa de Votuporanga

REFERÊNCIAS

1. Desjeux P. The increase risk for leishmaniasis worldwide. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2001;95:239-41.
2. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. World Health Organization. Aids epidemic update. Genebra: UNAIDS/WHO; 2007.
3. Brasil. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a co-infecção *Leishmania*-HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, Sousa-Gomes ML, Sena JM, Luna EA. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(12):2941-7.
5. Malafaia G. Co-infecção HIV/*Leishmania*: um sério problema de saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1):195.
6. Sousa-Gomes, ML et al. Co-infecção *Leishmania*-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. *Epidemiol Serv Saúde [on-line].* 2011; 20(4):519-26.