

# Relato de caso: Neurotoxoplasmose como doença oportunista em primodiagnóstico de HIV

Helen Luize Hickmann<sup>1</sup> (helenluizehickmann@gmail.com), Treibel Giovanna Villavicencio Cedeño<sup>1</sup>, Michelle Madeleyne Salazar Bustamante<sup>1</sup>, Gabrielle Garcia Tozzetto<sup>1</sup>, Nicole Bairros Silva<sup>1</sup>, Laura Ivony Lotice Bruni<sup>1</sup>, Maria Graziela Ferreira Duarte<sup>2</sup>, Alana Scariot Zottis<sup>2</sup>, João Pedro De Mello Figueiredo<sup>2</sup>, Raissa Queiroz Rezende<sup>2</sup>, Marôla Flores da Cunha Scheeren<sup>2</sup>

1- Hospital da Criança Santo Antônio - Santa Casa de Porto Alegre / UFCSPA

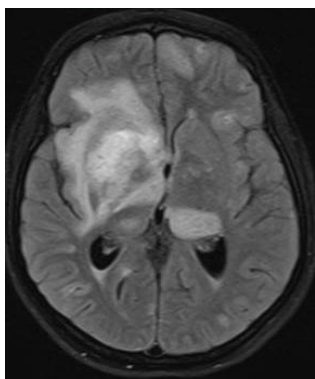
2- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

## INTRODUÇÃO

A Toxoplasmose é considerada uma doença oportunista em pacientes com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com alto índice de morbimortalidade, principalmente quando acomete o Sistema Nervoso Central (SNC).

## RELATO DE CASO

Paciente feminina, 11 anos, baixo peso, iniciou com quadro de sonolência e de vômito. Evoluiu com prostração, ataxia, perda de acuidade visual, alterações motoras em membros superiores e disartria. Após 2 dias, paciente evoluiu com piora da confusão mental e da ataxia, sendo levada para atendimento pela avó. Realizou tomografia de crânio, evidenciando lesão em SNC. Transferida para UTI pediátrica do hospital terciário 5 dias após o início dos sintomas, com piora do quadro, sonolência e sinais neurológicos focais. Durante a internação, foi realizada ressonância de crânio com lesões sugestivas de Neurotoxoplasmose, confirmada por PCR no líquido (detectado DNA de *Toxoplasma Gondii*). Além disso, apresentou sorologias de Toxoplasmose IgG reagente, IgM não reagente e anti-HIV reagente, com posterior resultado de carga viral de 1.290.000 cópias/ml e CD4 de 56 células/mm<sup>3</sup>. Duas semanas após o início do tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim endovenoso, paciente apresentou importante melhora clínica e das lesões cerebrais.



## DISCUSSÃO

A neurotoxoplasmose, nos pacientes vivendo com AIDS, ocorre devido à reativação da infecção latente quando linfócitos T CD4+ são inferiores a 200 células/mL. As lesões possuem clínica de massa cerebral: cefaleia, confusão mental, febre, letargia, convulsões, paralisia de nervos cranianos, alterações psicomotoras, hemiparesia ou ataxia. O diagnóstico baseia-se na síndrome clínica, anticorpos para Toxoplasma IgG e exame de imagem compatível. O tratamento de escolha é Trimetoprima e Sulfametoxazol. Corticoides e Anticonvulsivantes são adjuvantes. Profilaxia é indicada em pacientes com HIV e CD4 <100 células/mL.

## CONCLUSÃO

A neurotoxoplasmose é a principal infecção do SNC nos pacientes vivendo com AIDS, representando cerca de 50-70% desses casos. Contudo, nos últimos anos, com o uso dos antirretrovirais e a profilaxia com trimetoprim-sulfametoxazol, essa frequência tem diminuído. Além disso, o diagnóstico precoce do HIV é essencial para o início do tratamento e para evitar doenças oportunistas.

