

com resultado de CMV-IgG e Toxoplasmose-IgG reagente e Toxoplasmose-IgM não reagente e VDRL 1/256. Nega ter realizado tratamento para sífilis em qualquer momento da vida. Paciente foi encaminhado ao setor da Infectologia para seguimento clínico e indicado punção lombar com coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR). Na análise de LCR, resultado com VDRL 1/16. Firmado diagnóstico de neurosífilis e iniciado tratamento com Penicilina Cristalina (D1:22/07/2021). Paciente realizou também exame de imagem com ressonância magnética de crânio (02/08/2021) a qual mostrou lesão em hemisfério cerebral direito. Após avaliação da equipe de Neurologia do serviço, descrito ao exame discreta hemiparesia esquerda e aventado a possibilidade de sífilis meningovascular. Discutida imagem de RNM de crânio com equipe de Radiologia do serviço, que considerou as alterações sugestivas de neurosífilis, decidido por manter terapia com penicilina cristalina por 21 dias. Paciente recebeu alta com melhora da acuidade visual e proposta de acompanhamento ambulatorial com as equipes de Infectologia e Oftalmologia.

Comentários: Sabe-se que a investigação de sinais e sintomas neurológicos deve ser realizada em todas as PVHIV coinfectadas com sífilis e que alterações líquóricas são comuns em pessoas coinfectadas com HIV nos estágios iniciais da sífilis, mesmo sem sintomas neurológicos. As manifestações clínicas como uveíte ou meningite são mais comuns em pessoas coinfectadas com HIV e tão importante quanto o diagnóstico e tratamento adequado é o seguimento clínico do indivíduo.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101854>

EP 119

NEUROTOXOPLASMOSE EM PACIENTE COM PRIMODIAGNÓSTICO DE HIV, CD4 MAIOR QUE 200 CÉLULAS E AUSÊNCIA DE RESPOSTA CLÍNICO-RADIOLÓGICA À TERAPIA DE PRIMEIRA LINHA APÓS 6 SEMANAS: RELATO DE CASO

Frederico Prado Abreu^a, Argus Leão Araújo^a,
Maíra Cardoso Aspahan^b,
Cecília Faria Wolkart^a,
Angélica Fernandes Teixeira^a,
Isabela Rocha de Castro^c,
Marcia Paulliny Soares Bahia^a,
Ana Luiza Barbosa de Souza^a,
Izabel Aparecida Coelho^a,
Barbara Lenoir Rabelo^a,
Ana Carolina de Almeida Milagres^a,
Lívia Pamplona de Oliveira^a,
Paula Peixoto Tavares^a, Vinícius Torres Leite^a

^a Serviço de Infectologia, Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Serviço de Neurologia, Hospital Eduardo de Menezes (HEM), Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Serviço de Infectologia, Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A toxoplasmose é a infecção do sistema nervoso central mais comum em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida, sem profilaxia adequada, geralmente com CD4 menor que 100 células.

Descrição do caso: Paciente de 47 anos, sexo masculino, natural e procedente de zona rural em Minas Gerais (MG). Iniciou em maio de 2021, quadro de confusão mental, desorientação tempo-espacial e queda da própria altura. Procurou atendimento médico na região de origem e foi diagnosticado HIV, com carga viral de 30.833 cópias (log 4,489) e CD4 de 500 células (17,24%). No mês seguinte, foi hospitalizado devido à piora das manifestações neurológicas e realizada ressonância nuclear magnética de encéfalo, a qual evidenciou lesões em tálamo direito e em núcleos da base à esquerda. A primeira lesão era heterogênea, com aspecto em alvo, extensão para a coroa radiada ipsilateral, áreas e focos de hipersinal na sequência ponderada em T1 e T2, com dimensões de 35 x 25 x 30 mm. A segunda lesão possuía aspecto semelhante à primeira, mas associada a efeito de massa e dimensões de 18 x 10 x 11 mm. O paciente foi transferido para hospital de referência, na capital de MG, no mês de julho, onde foi realizada sorologia para toxoplasmose, cujo resultado foi IgG reagente e IgM não reagente. Fundoscopia sem coriorretinite. Líquido cefalorraquidiano com discreta hiperproteinorraquia e testes moleculares para tuberculose, Epstein-Barr e toxoplasmose não detectáveis. Iniciado tratamento empírico para neurotoxoplasmose com Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Fólico. Após 20 dias de tratamento, foi realizada nova ressonância de encéfalo, que além de realce periférico das lesões, mostrou que não houve redução das dimensões inicialmente descritas. Completadas 6 semanas de tratamento, nova ressonância de encéfalo revelou os mesmos achados do exame anterior. Assim, foi realizada biópsia estereotáxica, cujo anatomopatológico revelou achados de tecido cerebral com necrose e infiltrado inflamatório linfocitário, sugerindo processo infeccioso. A imuno-histoquímica foi positiva para pesquisa de *Toxoplasma* em painel de anticorpos. O paciente recebeu alta para domicílio no mês de setembro, com proposta de extensão do tratamento diante da ausência de franca melhora e acompanhamento ambulatorial.

Comentários: Neurotoxoplasmose é pouco provável em pacientes com lesão encefálica e CD4 > 200 células, mas essa hipótese não deve ser descartada, como exemplificado no caso descrito.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101855>

EP 120

NEUROTUBERCULOSE E NEUROCRÍPTOCOCOSE CONCOMITANTES COMO DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS - RELATO DE CASO

Marcos Felipe de Carvalho Leite,
Nathalia Ramos Bento, José Carlos Leme Junior,
Dayanne Ramos Bento,
Eveline Fernandes Nascimento Vale