

A leishmaniose é uma doença infecciosa considerada zoonótica, com ampla distribuição pelo mundo, desde a Ásia até a América. Tal é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. No Brasil, a forma de transmissão é através da picada dos vetores do gênero *Lutzomia*. A doença pode ser assintomática ou apresentar lesões cutâneas simples, úlceras muco-cutâneas até a forma difusa, considerada a apresentação de difícil tratamento. Deve-se suspeitar de leishmaniose visceral quando presença de febre e hepatoesplenomegalia podendo ter manifestações hemorrágicas, além de linfadenomegalia, perda de peso, taquicardia e, menos frequentemente, tosse seca e diarreia. O diagnóstico é baseado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Mas é fechado encontro do parasita em tecido infectado. Paciente sexo masculino, 36 anos, proveniente do interior do estado do Espírito Santo, admitido ao hospital com quadro de icterícia, alteração de bilirrubinas, transaminases e febre há 3 semanas com suspeita de colecistite aguda. História patológica pregressa de artrite psoriásica em uso de Adalimumabi 40mg 2/2 semanas, Metotrexate 15mg/semana e Ácido fólico 05mg/semana. Passado de Tuberculose latente tratada. Realizou USG de Abdomen há 5 dias da admissão com parecer de vesícula biliar difusamente aumentada com parede anterior medindo 2 x 1,5cm. Ausência de cálculos ou ecos sólidos. Fígado de contorno, dimensões e ecogenicidades normais. Baço de contornos e e texturas normais com moderado aumento de volume. Solicitado sorologia para Dengue, Hepatite A, B e C com resultados negativos e sorologia para Leptospirose IgM: não reagente. Durante 5 dias de internação com distensão abdominal, desconforto abdominal no hipocôndrio direito e manutenção da febre além de pancitopenia evidenciado em hemograma. Com suspeita de síndrome coleostática e pancitopenia a investigar, foi solicitado TC de abdome evidenciando exuberante esplenomegalia homogênea com predomínio de componente esplênico, leve ascite livre abdominopélvica. Alterações descritas na parede da vesícula biliar são secundárias a ascite. Solicitado mielograma com conclusão de medula óssea 38,0% de neutrófilos segmentados, 16,0% de linfócitos e 44,0% de eritroblastos ortocromáticos. Solicitada pesquisa para Histoplasmose com resultado 1:1 e Leishmaniose detectado DNA. Iniciado, no mesmo dia, AnfotericinaB 50mg/dia. Evoluiu com epistaxe, hemoptise e posteriormente hemorragia alveolar importante, evoluindo para óbito.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral *Leishmania* Leishmaniose disseminada

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103574>

RELATO DO PRIMEIRO CASO DE MENINGOMIELITE CHAGÁSICA RECORRENTE EM PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Aline Borges Moreira da Rocha^{a,*},
Ígor Melo de Almeida^b, Jose Ernesto Vidal Bermudez^{a,b},
José Angelo Lauletta Lindoso^{a,b},
Augusto César Penalva de Oliveira^a

^a Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo, SP, Brasil;

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A reativação da infecção por *Trypanosoma cruzi* em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) pode se manifestar como meningoencefalite e/ou lesões expansivas cerebrais, denominadas chagomas. Estas manifestações neurológicas estão incluídas na lista de doenças definidoras de aids no Brasil, desde 2004. Excepcionalmente tem sido descritos casos de comprometimento medular na doença de Chagas, mas não existem relatos de casos prévios de meningiomielite recorrente em PVHA. Neste estudo, apresentamos o caso de uma PVHA com um segundo episódio de meningiomielite causada pela *T. cruzi*.

Relato de caso: Homem de 59 anos, natural de Orobó-PE, apresentando infecção por HIV multirresistente (CD4 de 16 células/mm³ e carga viral – HIV-1 de 169.403 cópias/ml), em abandono de tratamento antirretroviral, apresentou-se no Pronto Socorro do IIER referindo quadro progressivo, há cerca de um mês, de perda de força em membros inferiores, com dificuldade de deambulação. Como antecedente relevante, o paciente teve quadro clínico semelhante há 14 anos, sendo diagnosticado de meningiomielite chagásica e tratado eficazmente com benzonidazol, sem acometimento de outros órgãos e sistemas. Na avaliação clínica da admissão atual, o paciente encontrava-se com reflexos vivos nos quatro membros, com sinal de Babinsk positivo bilateralmente, ausência de alterações esfinterianas, perda de sensação vibratória de membros inferiores, e incapaz de ficar de pé embora a força fosse grau IV nos quatro membros. A ressonância magnética (RM) evidenciou extenso hiper-sinal em T2/STIR em região toracolombar, o qual mostrou realce leptomeníngeo. Na análise de líquido foi encontrada hiperproteinorraquia (86 mg/dl), hipoglicorraquia (49 mg/DL) e pleocitose (29 cel/mm³), além de visualização direta de formas tripomastigotas de *T. cruzi*, com exames negativos para bactérias, vírus e fungos. O paciente recebeu benzonidazol, sendo trocado posteriormente para nifurtimox devido a mielotoxicidade. O paciente evoluiu com melhora parcial do comprometimento neurológico, recebendo alta para seguimento ambulatorial, ainda em uso de medicação antiparasitária. Também foi instituído o tratamento antirretroviral, com esquema guiado por genotipagem (AZT + 3TC + TDF + DRV/R + ETV).

Comentários: Esse caso constitui o primeiro relato de meningiomielite chagásica recorrente em PVHA e demonstra que o diagnóstico e tratamento oportunos podem controlar esta doença oportunista.

Palavras-chave: Reativação Doença de Chagas HIV/AIDS Meningiomielite *Trypanosoma cruzi*

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103575>

SÉRIE DE CASOS DE ESPOROTRICOSE HUMANA EM CONGLOMERADO FAMILIAR NA CIDADE DE BARBACENA-MG

Herbert José Fernandes*, Clara dos Reis, Aguiar, Gabriela Pacheco de Assis

Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil

Introdução: A esporotricose é provocada pelo *Sporothrix*, um grupo fúngico composto por várias espécies. Uma mudança de hospedeiro permitiu a sobrevivência do