

### EP-035 - NEUROTOXOPLASMOSE COM NECESSIDADE DE VENTRICULOSTOMIA

Livia Souza Primo,  
Natasha Caroline C. de Moraes Sanches,  
Jessica Camila Fizinus,  
Susana Lilian Wiechmann,  
Zuleica Naomi Tano, Priscila Audibert Nader,  
Philippe Quagliato Bellinati

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina,  
PR, Brasil

**Introdução:** Mesmo com o advento do uso da terapia anti-retroviral para tratamento dos pacientes portadores do vírus HIV e com o maior conhecimento que se tem da Aids, ela continua sendo endêmica em várias regiões do mundo, com novos casos diagnosticados diariamente e sendo responsável por inúmeras internações. Entre as doenças oportunistas, a neurotoxoplasmose está entre as mais prevalentes. Em pacientes com baixa contagem de linfócitos T CD4 e carga viral detectável, as chances de adquirir a doença são maiores. Há poucos casos descritos na literatura de neurotoxoplasmose com necessidade de derivação ventricular.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente com Aids com neurotoxoplasmose com necessidade de derivação ventricular.

**Método:** Relato de caso.

**Resultados:** A.F., masculino, 71 anos, previamente hígido, com histórico de quedas frequentes há 2 anos e perda de controle esfíncteriano há 1 semana, encaminhado ao serviço terciário para investigação de relação com os sintomas neurológicos. Na admissão o paciente apresentava hemiparesia direita associado a desorientação em tempo e espaço, pupilas anisocóricas e candidíase oral. Realizou testagem rápida para HIV com resultado reagente. Contagem de CD4 18 células e carga viral de 33.400 cópias/mL. Realizou tomografia de crânio com lesão extensa à esquerda associada a sinais de hidrocefalia. Introduzido tratamento para neurotoxoplasmose com clindamicina, pirimetamina e ácido fólico. Ressonância de crânio evidenciou estenose de aqueduto com hidrocefalia supratentorial. Neurocirurgia indicou realização de ventriculostomia endoscópica. Introduzido esquema anti-retroviral com necessidade de troca para dolutegravir, darunavir e ritonavir devido disfunção renal. Realizou ressonância de crânio de controle, constatando regressão das lesões e diminuição da hidrocefalia. Recebeu alta com melhora significativa do déficit motor.

**Conclusão:** A neurotoxoplasmose é uma doença oportunista que compromete principalmente região próxima dos núcleos da base, apresentando boa resposta ao tratamento clínico. A intervenção neurocirúrgica é raramente empregada, mas deve ser considerada em situações em que o paciente não apresenta boa resposta terapêutica, para realizar diagnóstico diferencial ou em raros casos com manifestação compressiva, complicando com a hidrocefalia como o caso relatado.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103965>

### EP-036 - COINFEÇÃO GRAVE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL POR CITOMEGALOVÍRUS E TREPONEMA PALLIDUM, UM RELATO DE CASO

Ana Carolina Yayoi Izuka,  
Samanta de Abreu Gonçalves,  
Murilo Freua Sequeira, Juvencio José Furtado

Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC  
(FMABC), Santo André, SP, Brasil

**Introdução:** Pessoas vivendo com HIV estão mais suscetíveis a diversas infecções, principalmente quando em imunossupressão severa, como na síndrome da imunodeficiência humana (SIDA). Nesses casos podem ocorrer infecções como a sífilis e também infecções oportunistas por citomegalovírus (CMV), ambas podendo cursar com acometimento neurológico. O diagnóstico dessas infecções do sistema nervoso central (SNC) é feito pela análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) associada à clínica condizente. O tratamento preconizado é feito com penicilina cristalina e ganciclovir respectivamente.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com SIDA que apresentou coinfeção grave em SNC por CMV e *Treponema pallidum*, mas com desfecho favorável após tratamento.

**Método:** Relato de caso e revisão de literatura.

**Resultados:** Paciente do sexo masculino, 29 anos, iniciou quadro de cefaleia, fotofobia e febre em 05/09/23, associado a paresia ascendente e simétrica de membros inferiores, evoluindo com piora progressiva dos sintomas, até paraplegia, incapacidade miccional e constipação intestinal. Em 08/10/23 foi internado, diagnosticado com HIV (CD4 91 células/mm<sup>3</sup> e carga viral 632 mil cópias) e neurosífilis (VDRL 1/2 no LCR), e prontamente iniciado tratamento com penicilina cristalina. Porém, devido manutenção do quadro neurológico, foi transferido para um hospital de referência em 06/11/23, onde realizou exames de imagem, que se apresentavam normais, além de novo LCR (25 células, 54% monócitos, proteína 389 mg/dL, glicose 44 mg/dL, VDRL 1/4 e PCR qualitativo positivo para CMV). Iniciado então terapia antirretroviral (TARV) com tenofovir, lamivudina e dolutegravir em 10/11/23 e ganciclovir em 11/11/23. Devido à manutenção do quadro de paraplegia e do PCR de CMV positivo no LCR, mesmo após 28 dias de tratamento com ganciclovir, optado por associar foscarnet, cujo tratamento foi realizado até a alta hospitalar (22/12/23). Mantido seguimento ambulatorial com infectologia e fisioterapia reabilitadora, paciente apresenta força motora grau III-IV de membros inferiores após 4 meses da alta hospitalar. O diagnóstico final da síndrome motora apresentada foi de mielite transversa por CMV e neurosífilis.

**Conclusão:** Este relato mostra a importância dos diagnósticos diferenciais infecciosos em casos de síndrome motora em pacientes com SIDA, ainda mais como primeira manifestação da doença. É válido ressaltar a falta de consenso na literatura acerca de uma terapia otimizada em casos de acometimento neurológico pelo CMV.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.103966>