

## LEISHMANIOSE VISCERAL E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA). RELATO DE UM CASO

G.M. de C. VIANA (1), D.S. LEWI(2), P.OLZON(2), C.M.FREIRE(3), V.M. MORELLI, L.H.VAS(4) & M. FELIZARDO(4)

### RESUMO

Os autores descrevem um caso de associação de leishmaniose visceral, SIDA e provável tuberculose disseminada. Discutem a possibilidade de associação desta protozoonose e infecção pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) principalmente pelo aumento de prevalência de infecção pelo VIH em áreas endêmicas para o calazar. A presença de imunodepressão pelo VIH possibilita manifestações de agentes oportunistas muitas vezes associados e relacionados com as endemias prevalentes nestas regiões de subdesenvolvimento.

**UNITERMOS:** Leishmaniose Visceral; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

### INTRODUÇÃO

A associação Leishmaniose visceral e infecção pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) tem sido descrita de maneira crescente, a partir de 1986, sobretudo na costa do Mediterrâneo e especialmente na Espanha<sup>1, 3, 7, 10, 13, 14</sup>.

No Brasil, dados da literatura mostram apenas um caso ocorrido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo<sup>11</sup>. A presente comunicação refere-se a paciente internado no Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina, portanto a segunda descrição em literatura nacional.

Diversos autores têm sugerido a inclusão da Leishmaniose visceral como critério diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

(SIDA)<sup>1, 6, 7, 13, 14</sup>, outros sugerem incluí-la como infecção oportunista em todo paciente imuno-deprimido, seja qual for a etiologia, sobretudo naqueles que vivem ou viajaram para áreas endêmicas<sup>2, 8, 9</sup>.

### REGISTRO DO CASO

Homem de 34 anos, natural de Pernambuco, caminhoneiro, casado, residente em São Paulo há 21 anos. Internou-se no Hospital São Paulo com quadro de perda de peso de aproximadamente 20 quilos e diarreia há 5 meses. Antecedente de tuberculose pulmonar tratada há 10 anos e contato recente com duas irmãs tuberculosas. Ao exame físico apresentava estado geral regular, febril (38,5°C), placas esbranquiçadas em cavo oral

(1) Mestranda do curso de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Escola Paulista de Medicina.

(2) Professor Adjunto da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Escola Paulista de Medicina.

(3) Residente da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Escola Paulista de Medicina.

(4) Interno da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Escola Paulista de Medicina.

**Endereço para correspondência:** Prof. Dr. David Salomão Lewi. Rua Napoleão de Barros, 832, 04024-000 São Paulo - SP, Brasil

sugestivas de candidíase oral, pequenos gânglios cervicais palpáveis, fígado palpável a três centímetros da reborda direita. Exames complementares: Leucócitos = 2.200: 13% bast; 59% seg, 1% eos; 0% bas; 22% linf; 3% mono.) HG = 7,2 g/dl; Ht = 23%, VHS<sub>2</sub>. Eletroforese de proteínas: proteínas totais = 7,5 g/dl; Albumina = 2,47 g/dl; gamaglobulina = 3,0 g/dl; alfa<sub>1</sub> = 0,22 g/dl; alfa<sub>2</sub> = 0,6 g/dl, beta<sub>1</sub> = 1,2 g/dl. Rx tórax: discreto infiltrado intersticial bilateral. Broncoscopia com lavado brônquico: difusa hiperemia da mucosa brônquica; ausência de secreções anômalas; seguimentação brônquica normal; colhido lavado brônquico dos seguimentos do lobo médio, cujo resultado foi inespecífico; biópsias transbrônquicas dos seguimentos do lobo superior e inferior do pulmão direito mostraram apenas processo inflamatório crônico inespecífico. Rx de abdome: distensão gasosa de cólon e delgado, com presença de gases em sigmóide e reto. Ultrasonografia: nefropatia parenquimatosa bilateral, ascite, hepatomegalia e derrame pleural em tórax esquerdo. Mielograma: presença de formas amastigotas de leishmania. Duas sorologias para VIH (Elisa) positivas. Não foi realizado Western Blot. Foi administrado Glucantime (200mg/KG/dia) durante 21 dias. Dez dias após o término do esquema com antimônio foi realizada nova punção esternal, que mostrou ser negativa para leishmânia. Apesar da negatificação parasitária, o paciente evoluiu com piora do estado geral, persistência de febre, recusa da alimentação, distensão e dor abdominal, sobretudo em hipocôndrio esquerdo. Devido a esta piora, iniciou-se esquema tríplice dado os antecedentes epidemiológicos para tuberculose. O diagnóstico de certeza do processo tuberculoso foi confirmado através de biópsia de gânglio cervical com encontro do bacilo álcool ácido resistente (BAAR).

## DISCUSSÃO

O paciente aqui descrito é residente de área não endêmica de leishmaniose visceral (São Paulo), no entanto, era natural de Pernambuco e tinha história de viagens em cidades do litoral nordestino, área de endemicidade desta protozoose. Possuía também antecedentes de

promiscuidade sexual e contato íntimo com pessoas com tuberculose pulmonar.

A leishmaniose foi suspeitada clinicamente a partir da anemia, leucopenia e hipergamaglobulinemia e posteriormente confirmada por mielograma. Durante o tratamento com Glucantime foi verificado presença de anticorpos para o VIH. O fato de não apresentar esplenomegalia, não é surpreendente, pois a variabilidade clínica da leishmaniose visceral, desde ausência a exuberantes sinais e sintomas, se faz presente nos pacientes imunodeprimidos.

Na literatura existem relatos de pacientes com SIDA e concomitante leishmaniose visceral de localização gástrica e duodenal<sup>12</sup>, em jejuno e cólon<sup>13</sup>. No caso descrito não foi possível a realização de endoscopia gastroduodenal e colonoscopia por motivos técnicos hospitalares. Quanto ao tratamento foi administrado o antimônio pentavalente (Glucantime), tendo o paciente evoluído com melhora clínica, apesar de lembrarmos que nestes casos a doença apresenta um padrão mais agressivo com constantes recaídas, maior probabilidade de insucesso terapêutico e progressão à cronicidade.

A expressão numérica e territorial da infecção pelo VIH em nosso meio possibilita uma crescente associação com as nossas tradicionais endemias, portanto, devemos ter em mente a associação VIH/SIDA e leishmaniose, principalmente em pacientes provenientes de áreas endêmicas. O diagnóstico quando suspeito será facilmente confirmado por mielograma, dado a riqueza de formas amastigotas nestes indivíduos imunodeprimidos. Convém ainda lembrarmos que nestes pacientes podemos ter associações paralelas com outras endemias próprias do nosso meio como, no caso a tuberculose.

Outro aspecto que ressaltamos é que a leishmaniose visceral preenche perfeitamente o critério de infecção oportunista<sup>2</sup>, portanto, ela deve fazer parte do diagnóstico diferencial de todo indivíduo não só VIH soropositivo, com febre persistente, sem foco aparente, como também de todo imunodeprimido, que tenha vivido em área endêmica

para esta protozoose ou tenha história de viagem a estas regiões.

## SUMMARY

### Visceral Leishmaniasis and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Case Report

This is a case report that describe an association of AIDS, visceral leishmaniasis and probable disseminated tuberculosis. Due to the spread of AIDS in developing areas worldwide this association would be more frequently, seen on subjects from endemic areas where this protozoonosis is prevalent. More than one opportunistic infection related with the endemic diseases of the developing regions can be associated with those immunocompromised patients.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARENAS, R. P. A.; MENA, L.A.; MOCHALES, J.P. et al. - Leishmaniasis visceral e infección VIH. *Rev. clin. esp.*, 189(3): 64, 1991.
2. BADARÓ, R.; CARVALHO, E. M.; ROCHA, H.; QUEIROZ, A. C. & JONES, T. C. - *Leishmania donovani*: an opportunistic microbe associated with progressive disease in three immunocompromised patients. *Lancet*, 1: 647-649, 1986.
3. CUESTA, F. L.; AGUADO, C. G.; PUENTE, S.P. & PARIS, B. M. - Leishmaniasis visceral e infección por VIH: tres nuevos casos. *Rev. clin. esp.*, 184(5): 71-72, 1989.
4. FLORÉZ, J.; VIDAL, F.; QUERALT, R. G. & RICHARD, C. - Leishmaniasis visceral en infectados por VIH? Criterio diagnóstico de SIDA? *Rev. clin. esp.*, 192(5): 55-56, 1993.
5. FERNANDEZ-GUERRERO, M.L.; AGUADO, J.M.; BUZÓN, L. et al. - Visceral leishmaniasis in immunocompromised hosts. *Amer. J. Med.*, 83: 1098 - 1102, 1987.
6. GRIJALVO, O.M; VINAJO, J.L.; VALERS, A.R. & GUIBADO, M.L.M. - Leishmaniasis visceral de presentación atípica y evolución fatal en paciente infectado por el VIH. *Rev. clin. esp.*, 189(3): 65-66, 1991.
7. GALOFRÉ, J.; MIRÓ, J.M.; MALLOLAS, J. & ARREIA-RUZ FEGRAU, L.M. - Leishmaniasis visceral en pacientes infectados por el VIH en el área de Barcelona. *Rev. clin. esp.*, 187(2): 98-99, 1990.
8. JOGGI, J.; CHAVE, J.P.; BRUNI, D. & SCHMIDT, P.M. - Leishmaniose viscérale (Kala - Azar) et infection HIV. *Schweiz. med. Wschr.*, 120: 414-416, 1990.
9. LORTHOLARY, O.; CHRISTIAENS, D.; MECHALI, D. & RABINET, P. - Leishmaniose viscérale et immunodépression. *Ann. Méd. interne*, 142: 215-217, 1991.
10. MARTIN, F. de J.; BARRENA, V.G.; VERA, C.G. et al. - Leishmaniasis visceral reveladora de infección por VIH postransfusional. *An. esp. Pediat.*, 34: 158-161, 1991.
11. NICODEMO, E.L.; DUARTE, M.I.S.; CORBETT, C.E.P. et al. - Visceral leishmaniasis in AIDS patient. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 32: 310-311, 1990.
12. PESCE, A.; SAINT-PAUL, M.C.; VINTI, H. et al. - Leishmaniose gastrique chez un malade atteint de syndrome d'immunodéficience acquise. *Presse méd.*, 19: 178, 1990.
13. ROIG, P.; CUADRADO, J.M.; BENÉITEZ, C. et al. - Leishmaniasis visceral de localización intestinal en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: presentación de dos casos. *Rev. clin. esp.*, 192(6): 35-36, 1993.
14. SOGORB, J.P.; SALAZAR, J.C.R.G.; VALDE, J.A.C. et al. - Leishmaniasis visceral en Alicante. Análisis de 21 casos. *Rev. clin. esp.*, 187(2): 19-21, 1990.

Recebido para publicação em 22/11/1993

Accito para publicação em 09/06/1994