

RELATO DE CASO

LEPTOSPIROSE EM DOENTES COM ANTICORPOS ANTI-HIV: RELATO DE DOIS CASOS

**Marcos Vinicius da Silva, Luíza Batista, Eide Dias Camargo,
Paulo Antonio Leitão, Viola Gabriela Tóth Szalkay, Caio Rosenthal,
Adelaide José Vaz e Ana Maria Carvalho de Souza**

Relata-se a concomitância de leptospirose e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) em humanos. Nestes casos não foram observados aspectos clínicos diferentes que possam ser atribuídos à simultaneidade dessas patologias.

Palavras-chaves: Leptospirose. Síndrome da imunodeficiência adquirida.

A leptospirose é uma doença freqüente em nosso meio, de veiculação hídrica, cuja incidência é mais alta nos meses com maiores índices pluviométricos. Na cidade de São Paulo os fatores que propiciam a infecção em seres humanos são os relacionados com as precárias condições sócio-econômicas de grande parte da população, falta de saneamento básico, grande população murina, e as enchentes e inundações que são freqüentes nos meses de muita chuva. A leptospirose apresenta-se sob várias formas clínicas, desde infecções inaparentes, passando por quadros gripais, até formas graves, como a forma icterohemorrágica (síndrome de Weil), que podem levar o paciente à morte².

Outra doença com alta incidência e que também assume quadro clínico bastante variável, porém bem mais grave é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), cuja principal característica é a severa depressão da imunidade celular que acaba por levar os pacientes à morte.

RELATO DOS CASOS

Caso 1: paciente do sexo masculino, com 24 anos de idade, mulato, solteiro, desempregado, residente em São Miguel Paulista (Região Metropolitana de São Paulo). O paciente informou que em 15 de abril de 1988 apresentou febre alta (38,5°C), calafrios, sudorese, cefaléia de pequena intensidade e dor epigástrica. Procurou atendimento médico, sendo medicado com dipirona por via oral, penicilina benzatina por via intramuscular, sem obter melhora. Procurou

outra vez atendimento médico, recebendo ampicilina por via oral, durante 4 dias.

Com o agravamento do quadro clínico, aumento de intensidade da cefaléia, aparecimento de *dores no corpo*, náuseas, vômitos, tosse com expectoração amarelada, urina de coloração avermelhada e queda do estado geral, foi encaminhado ao Pronto-Socorro do Hospital Emilio Ribas, em 21/04/88, com suspeita de meningite. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, com pressão arterial de 120 x 75 mmHg, pulso e freqüência cardíaca de 88 batimentos por minuto e temperatura axilar de 38,5°C. A propedêutica cardio-pulmonar foi normal, e a palpação profunda da região epigástrica foi dolorosa, sem visceromegalia. Observou-se ausência de sinais de irritação meníngea e de gânglios palpáveis nas cadeias ganglionares periféricas.

O paciente foi internado com diagnóstico de meningite bacteriana indeterminada, Tabela 1, e medicado com ampicilina por via endovenosa. No segundo dia de internação, houve piora da dor muscular, principalmente em panturrilhas, que dificultava a deambulação, estabelecendo-se, então, a hipótese diagnóstica de leptospirose, e colhido material para exames específicos, Tabela 2. O paciente negou antecedentes epidemiológicos para leptospirose, e durante a internação declarou ter comportamento homossexual, sem parceiro fixo; diante dessa informação foi solicitada a pesquisa de anticorpos antivírus da imunodeficiência adquirida (anti-HIV), cujo resultado está na Tabela 2.

O paciente apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no dia 04/05/88, sendo acompanhado em ambulatório durante sete meses, sem manifestações clínicas.

Caso 2: paciente do sexo masculino, com 22 anos de idade, branco, solteiro, servente, residente em Santo André (Região Metropolitana de São Paulo). O paciente informava que em 31/01/89 apresentou quadro gripal. No dia seguinte percebeu que estava com febre, não medida, e dores nas pernas. No dia 03/02/89 houve aparecimento de icterícia e a cor da

Hospital Emilio Ribas e Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP.

Endereço para correspondência: Dr. Marcos Vinicius da Silva, Seção de Sorologia/Instituto Adolfo Lutz. CP. 7027, 01246 São Paulo, SP, Brasil.

Recebido para publicação em 15/10/90.

urina ficou mais escura. Com piora do quadro clínico, procurou o Pronto-Socorro do Hospital Emilio Ribas, em 04/02/89.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hidratado, icterico, com pressão arterial de 120 x 80 mmHg, pulso e frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto e temperatura axilar de 39°C. A propedêutica cardio-pulmonar e abdominal foi normal, dor à palpação da musculatura em ambas as panturrilhas, ausência de gânglios palpáveis nas ca-

deias ganglionares periféricas; múltiplas tatuagens em membros superiores e tronco.

Nos antecedentes epidemiológicos informou existir grande quantidade de ratos no domicílio e no peridomicílio, e nos pessoais, referiu fazer uso de droga por via endovenosa. Submetido a exames laboratoriais cujos resultados são apresentados nas Tabelas 1 e 2.

O paciente apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar em 15/02/89, sem manifestações clínicas.

Tabela 1 - Resultado da análise laboratorial do liquor nos dois casos relatados.

| Liquor | Caso nº | | Valor normal |
|--------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| | 1 | 2 | |
| Aspecto e cor | levemente turvo | discretamente xantocrômico | límpido incolor |
| Após centrifugação | límpido incolor | discretamente xantocrômico | límpido incolor |
| Celulas/mm ³ | 150 | 22 | 0 - 5 |
| Hemácias/mm ³ | 14 | 16 | 0 |
| Linfócitos(%) | 10 | 95 | - |
| Monócitos(%) | 4 | 2 | - |
| Neutrófilos(%) | 86 | 1 | - |
| Proteínas (mg%) | 72 | 56 | 14 - 45 |
| Glicose (mg%) | 40 | 45 | 50 - 80 |
| Globulinas | positiva | positiva | negativa |
| Bacterioscopia | negativa | negativa | negativa |

Tabela 2 - Resultado da análise laboratorial do sangue nos dois casos relatados.

| Sangue | Caso nº | | Valor normal |
|-------------------------------|----------|----------|-----------------|
| | 1 | 2 | |
| Leucócitos/mm ³ | 4.100 | 6.600 | 5.000-9.000 |
| Linfócitos % | 43 | 18 | 24-30 |
| Plaquetas/mm ³ | 23.000 | 100.000 | 150.000-300.000 |
| Creatinina mg% | 0,9 | 2,2 | 1-1,5 |
| ELISA anti-HIV | positivo | positivo | negativo |
| Western blot anti-HIV | positivo | positivo | negativo |
| ELISA-IgM para Leptospirose | positivo | positivo | negativo |
| SAM*: | | | |
| <i>L. icterohaemorrhagiae</i> | 1/800 | 1/6.400 | <1/200 |
| <i>L. copenhageni</i> | 1/400 | 1/6.400 | <1/200 |
| <i>L. canicola</i> | - | 1/1.600 | <1/200 |
| <i>L. australis</i> | - | 1/1.600 | <1/200 |
| <i>L. castellanis</i> | - | 1/1.600 | <1/200 |
| <i>L. autumnalis</i> | 1/200 | 1/1.600 | <1/200 |
| <i>L. butembo</i> | - | 1/400 | <1/200 |
| <i>L. hebdomadis</i> | - | 1/400 | <1/200 |
| <i>L. cynopteri</i> | 1/800 | - | <1/200 |

* SAM: L. - soroaaglutinação microscópica para *Leptospira*.

DISCUSSÃO

Neste relato de casos o fato interessante foi a ocorrência da associação da leptospirose, doença bem conhecida, com a infecção pelo HIV, cujo comportamento ainda necessita esclarecimentos.

No primeiro caso a forma clínica encontrada não é a mais freqüente, e poderia ser atribuída ao sorotipo de *Leptospira* infectante, mas o isolamento e a sorotipagem da *Leptospira* não puderam ser realizados, para verificar essa possibilidade. Outro fato a ser salientado foi o uso precoce de antibióticos, que

poderia interferir na evolução da leptospirose para uma forma clínica mais grave.

Durante os sete meses em que foi acompanhado em ambulatório o paciente não apresentou manifestações clínicas atribuíveis ao HIV. Permaneceu assintomático, comportando-se como portador do vírus, grupo II da classificação do CDC¹.

No segundo caso a forma clínica encontrada foi a icterohemorrágica (síndrome de Weil), com insuficiência renal aguda e plaquetopenia, respondendo bem ao tratamento clínico.

O paciente recebeu alta hospitalar no 11º dia de internação, retornando um mês após a alta para segmento ambulatorial. Nesse período não apresentou manifestações clínicas atribuíveis ao HIV, permanecendo assintomático, comportando-se, também, como portador do vírus, grupo II da classificação do CDC¹.

Infelizmente não foi possível mensurar os linfócitos auxiliares (T₄) e supressores (T₈), nem realizar os testes intradérmicos para melhor análise da situação imunológica, em ambos os casos.

Nesses casos não foi observada progressão clínica para as formas graves de ambas as doenças, atribuídas as suas simultaneidades. Não se pode atribuir a essa superposição de patologias nenhum

fator desencadeante ou agravante de ambas, uma vez que os pacientes apresentaram boa evolução clínica.

SUMMARY

Two patients with concomitant leptospirosis and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) are reported. In these cases different clinical aspects that can be attributed to simultaneity of these pathologies was not observed.

Key-words Leptospirosis. Acquired immunodeficiency syndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. *Annals Internal Medicine* 105: 234-237, 1986.
2. Faine S. Guidelines for the control of leptospirosis. World Health Organization, publication 67, Geneva, 1982.
3. Silva MV, Camargo ED, Vaz AJ, Souza AMC, Chieffi PP, Sakata EE. Imunodiagnóstico da leptospirose humana através do teste ELISA-IgM, empregando-se diferentes preparações antigênicas a partir de sorotipos prevalentes de *Leptospira interrogans*. *Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 32: 233-239, 1990.