

# Neurotoxoplasmose Como Primeira Manifestação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Vanessa Barsotti<sup>1</sup>, Alex Tadeu Moraes<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

A AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é uma patologia caracterizada por depressão da atividade do sistema imune, principalmente da imunidade celular que se manifesta por alergias cutâneas, linfopenia, inversão da proporção das células T auxiliares/T supressoras e resposta linfoproliferativa diminuída a vários antígenos e mitógenos in vitro. É esta falha da função imune que explica o desenvolvimento de uma ampla gama de infecções oportunistas e neoplasias incomuns. Quase todos os sistemas orgânicos são vulneráveis incluindo todas as partes do SNC, os nervos periféricos e raízes.

Além dos efeitos neurológicos diretos da infecção do HIV, inúmeros distúrbios oportunistas quer focais, quer multifocais, ocorrem nestes pacientes. A toxoplasmose cerebral é uma das infecções oportunistas que ocorrem no aidético, complicando a evolução entre 5 a 15% dos casos.

Apresenta-se como doença subaguda, com disfunção cerebral focal ou combinada com sintomas encefalíticos não focais. As manifestações focais relacionam-se com as lesões do hemisfério cerebral. Os aspectos não focais incluem confusão geral e alterações da consciência com letargia ou às vezes coma. São relativamente comuns cefaléia e febre.

Do ponto de vista anátomopatológico a doença é caracterizada por variável número de abscessos cerebrais com *Toxoplasma gondii*. Na avaliação dos pacientes aidéticos suspeitos de terem neurotoxoplasmose é utilizada a tomografia computadorizada com contraste, bem como a ressonância magnética e a análise do líquido cefalorraquidiano através da punção lombar.

Como a neurotoxoplasmose trata-se de uma reativação de uma infecção prévia por *Toxoplasma*, é importante identificar os pacientes soropositivos que apresentaram esta infecção prévia.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

### ID

E.R.S., 51a, feminino, amasiada, 3 filhos, parda, natural e procedente de Iperó, não trabalha no momento mas trabalhou durante 40 anos em uma olaria, a profissão do marido é caminhoneiro. Nunca frequentou a escola. É católica praticante.

### QPD

Lado esquerdo do corpo adormecido há um mês e boca torta para a esquerda há algumas horas.

### HPMA

Já há um mês os episódios de convulsão de somente um lado do corpo se intensificaram. As crises convulsivas iniciam-se a qualquer hora, quando a paciente encontra-se deitada, sentada ou dormindo. Há muita falta de ar no momento da crise, sensações de sufocamento. A paciente refere sentir um “repuxamento” que começa em seus pés, e vai subindo para a parte de cima do corpo. Essa sensação de repuxamento começa vagarosamente e posteriormente vai aumentando de intensidade. Durante este mês vem apresentando febre também. Ocorre liberação dos esfíncteres anal e vesical quando tem a crise. No dia da internação, a paciente sofreu uma forte crise convulsiva hemilateral, que se iniciou com movimentos involuntários rítmicos dos pés e se estendeu por todo hemicorpo esquerdo. A paciente apresentou então sialorréia e desvio de rima labial à direita.

### IDA

Cabeça: apresenta cefaléia e tontura.

Pele, aparelho respiratório e cardíaco: ndn

Aparelho genito-urinário e digestório: apresenta liberação dos esfíncteres vesical e anal no momento da crise.

Sistema Nervoso e Psiquismo: ficou muito ansiosa depois das crises convulsivas.

### AMP

Nega hipertensão arterial, nega diabetes. Nega alergia a medicamentos ou alimentos.

### AMF

Não sabe do que o pai faleceu, e a mãe não apresenta diabete ou H.A.

### HV

A paciente refere fumar desde criança, dois cigarros por dia. Refere também ingerir pinga, uma dose por dia, desde pequena. Não faz exercícios e não tem restrições alimentares.

### Exame Físico Geral

Aspecto geral: BEG, consciente, orientada, hidratada, gânglios não palpáveis, corada, acianótica, anictérica, afebril, FR 16 irpm, pulso 72bpm, P.A:120x94mmHg.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.2. p. 20 - 22, 2005

1 - Acadêmica do Curso de Medicina – CCMB/PUC-SP

2 - Professor do Departamento de Medicina – CCMB/PUC-SP

Recebido em 21/02/2005. Aceito para publicação em 03/05/2005.

### Exame Físico Especial

Ap. Resp: murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Aparelho CV: BRNF 2T SS, ic-tus não palpável. Abdome: aspecto: flácido; ascite (-); circulação colareta (-); palpação: indolor; DB (-); Giordano (-), Fígado (-), Baço (-); RHA (+). Neurológico: consciência preservada, sensibilidade preservada, motricidade: hemiparesia E, Glasgow 15. Aparelho locomotor: varizes (-); TVP (-); MMSS e MMII: edemas (-); deformidades (-); Perfusão Periférica (-).

### EVOLUÇÃO

No primeiro dia da internação a paciente apresentou quadro de hemiparesia esquerda, rigidez nu-cal com dor e febre. Ao exame há diminuição da força muscular nos membros superior e inferior e esquerdo. No dia seguinte foi realizada TC de crânio, que revelou uma área perianelar parasagital em região frontal direita com desvio da linha média e área de edema perilesional, podendo corresponder a neurotoxoplasmose.

Foi prescrito então SG 5% 500ml + KCl 19,1% 5ml + NaCl 20% 10ml 8/8h iv; Decadron 4mg iv 6/6h; Ranitidina e AD iv 12/12h; Hidantal 2mp iv 8/8h.

Pediu-se então sorologia pela Toxoplasmose que revelou presença de IgG contra *Toxoplasma gondii*, e exame bioquímico para HIV que revelou-se positivo. Nos dias que se seguiram realizou-se um ecocardiograma que se apresentou normal e sorologia para HIV que se apresentou positiva. Após uma semana da internação a paciente foi submetida à nova TC (ver abaixo) de crânio que revela redução da área do abscesso e do edema.

A equipe médica decide entrar com esquema para

neurotoxoplasmose. A prescrição é alterada para dieta geral, dipirona 35gts 8/8h, Ranitidina 150 mg 1cp vo 12/12h, Sulfodiazida 500 mg 3cp vo 6/6h, Pirimetamina 25 mg 2cp vo 1x/dia, Ácido Folínico 13mg 1cp vo cedo. Após 15 dias de internação houve orientação para alta hospitalar da paciente com medicação para neurotoxoplasmose e encaminhamento breve para o ambulatório de Moléstias Infeciosas.

### DISCUSSÃO

Patologia de extrema importância, a toxoplasmose cerebral constitui-se na principal causa de lesão intracraniana, com efeito de massa em pacientes com SIDA. Seu pronto reconhecimento e a consequente instituição precoce do tratamento são essenciais para diminuir as taxas de morbimortalidade que são muito altas.

Esta infecção oportunista decorre quase sempre do recrudescimento de infecção latente mantida por cistos teciduais do *Toxoplasma gondii*. A queda da imunidade leva a liberação de taquizoítas no tecido cerebral, encefalite multifocal, necrose central e edema circunjacente a lesão.

Geralmente é um evento tardio no curso da SIDA, acometendo principalmente pacientes com taxas de CD4 menores que 100. Manifesta-se mais comumente como uma mescla de déficit focal e encefalopatia generalizada (presente em 50 a 90% dos casos).

Clinicamente o acometimento difuso se manifesta por ataxia, alterações do sensorio, letargia e coma. Anormalidades focais incluem convulsões, hemiparesia, tremor cerebelar, paralisia dos nervos cranianos, diplopia e cefaléia. Febre acontece em 50% dos pacientes. Um dos principais exames



## RELATO DE CASOS

---

utilizados para o diagnóstico é a tomografia computadorizada com contraste. Observam-se, frequentemente, múltiplas lesões hipodensas com reforço de contraste envolvendo gânglios da base e córtex cerebral, semelhante ao que foi encontrado no relato acima. A análise do líquido cefalorraquidiano pode ser completamente normal ou apresentar discreta elevação de leucócitos e de proteínas, com glicorraquia preservada. Sorologia tem valor limitado, pois a positividade não torna o diagnóstico mais provável e a negatividade não o afasta. No caso da paciente em questão, o exame do líquido não foi realizado, talvez pelo fato de não ser um exame específico, que confirme com precisão o diagnóstico.

### CONCLUSÃO

Esse relato de caso evidenciou um caso típico de neurotoxoplasmose. O quadro clínico que a paciente apresentou é clássico da neurotoxoplasmose, sendo caracterizada por confusão mental, cefaléia, tontu-

ra e episódios de convulsão. No entanto, esta patologia não é a infecção oportunista que afeta mais frequentemente os imunodeprimidos, e também não costuma ser a primeira manifestação do comprometimento do sistema imune. Por isso deve-se estar atento ao aparecimento destes sintomas em pacientes imunocomprometidos, para que possa ser feito o diagnóstico diferencial, para que assim tratamento adequado seja iniciado o mais rápido possível.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasileiro Filho G. *Bogliolo patologia*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- Veronesi R. *Retrovíruses humanas HIV/AIDS*. São Paulo: Atheneu; 1999.
- Cimerman B. *Cimerman parasitologia humana e seus fundamentos gerais*. 2ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- Menesia EO, Passos AD, Monteiro ME, Dal-Fabbro AL, Laprega MR. Sobrevivência de pacientes com AIDS em uma cidade do Sudeste brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10(1):29-36.