



18º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

CENTRO DE CONVENÇÕES HOTEL SERRANO . GRAMADO.RS

15 a 18 de Outubro de 2014

Trabalhos Científicos

Título: Caso Fatal De Provável Tuberculose Miliar Associada à Síndrome De Reconstituição Imune Em Adolescente Infectada Pelo Hiv-1 E Sob Terapia Antirretroviral.

Autores: REGINA CÉLIA DE SOUZA CAMPOS FERNANDES (SAE-DST/AIDS. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS.); THAIS LOUVAIN DE SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO); ENRIQUE MEDINA-ACOSTA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO)

Resumo: Introdução: Pacientes infectados pelo vírus HIV-1 iniciando terapia antirretroviral altamente potente podem desenvolver síndrome da reconstituição imune (IRIS) em 20% dos casos. IRIS é consequência de uma resposta imune exagerada ou desregulada contra patógenos, sendo os mais implicados *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus* spp. e Citomegalovírus. Descrição do caso: Paciente de 16 anos, sexo feminino com diagnóstico de infecção pelo HIV por transmissão materno-infantil estabelecido aos 11 anos (12/2008). Carga viral: 60.280 cópias e TCD4=491 células/mm³ (17%). Categoria clínico-imunológica: B2. Medicada com Zidovudina, Lamivudina e Efavirenz. Na ocasião, mãe da menor teve o diagnóstico de co-infecção HIV-tuberculose e investigação na menor demonstrou PPD de 17mm e condensação paracardíaca direita além de velamento do seio costofrênico direito. Instituído o esquema RIP com boa resposta. Em 8/2010 a criança desenvolveu falência virológica (CV = 150.380 cópias) e imunológica (CD4 = 498 células/mm³ – 15,27%). Genotipagem realizada e mudança bem sucedida para o esquema Tenofovir, Lamivudina, Lopinavir e Ritonavir. Em 10/2010, carga viral indetectável e CD4 de 553/mm³ (32,30%). A partir daí histórico de má adesão. Em 02/2014 CV=1.012.485 cópias e CD4 de 181 células/mm³ (4,24%). Em 8/04/2014 hospitalizada com febre, adenopatias cervicais de até 4cm sem sinais flogísticos, candidíase oral e esofagiana. Alta em 19/04/2014 com cura da candidíase, afebril, já aceitando os antirretrovirais e trimetopima-sulfametoxazol. Retorno em 24/04/2014 com perda de peso, volta da febre, aparecimento de adenopatias supraclaviculares, esplenomegalia e opacificações difusas, sendo a Tomografia Computadorizada sugestiva de tuberculose miliar. Pesquisa de BAAR no escarro negativa, leucograma: 8.800 células, 0% eos, 19% bast.; 61% seg.; 17% linf. VHS 48mm. Hemoglobina 8,3g/dl; Hematócrito 26%. Medicada com Vancomicina, Meropenem e trimetopima-sulfametoxazol venoso. Evoluiu com insuficiência respiratória, necessidade de ventilação mecânica e óbito em 27/04/2014. Histopatologia ganglionar: linfadenite crônica granulomatosa com necrose caseosa. Comentários: No contexto de uma doença avançada pelo HIV-1 relacionada à má adesão aos antirretrovirais e de uma tuberculose manejada com sucesso no passado, esta evolução fatal por tuberculose miliar coincidindo com a reintrodução da terapia antirretroviral e seu uso sob supervisão por 11 dias, fortemente sugere a possibilidade da resposta inflamatória granulomatosa relacionada à reconstituição da imunidade.