



18º CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

CENTRO DE CONVENÇÕES HOTEL SERRANO . GRAMADO.RS

15 a 18 de Outubro de 2014

Trabalhos Científicos

Título: Recidivas Múltiplas De Leishmaniose Visceral Em Paciente Pediátrico - Relato De Caso

Autores: MARIANA ROCHA QUEIROGA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS); CLÁUDIA SILVA CUNHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS); CLAUDIANE DE CARVALHO MATOS (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS); RACHEL CARVALHO COELHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS); YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS); GILMAR ANTÔNIO MARTINS DE QUEIROZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

Resumo: INTRODUÇÃO: A Leishmaniose Visceral (LV) consiste em doença infecto-parasitária relevante, endêmica no Tocantins. Observa-se maior frequência até os 10 anos, em desnutridos, imunossuprimidos e portadores de HIV, acarretando falha terapêutica e recidivas – definidas pelo recrudesimento da sintomatologia em até 12 meses após cura clínica. Nestes casos, a terapia pode ser prolongada com esquemas alternativos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente feminino, 7 anos, prematura (29 semanas), apresentou hemorragia e convulsões ao nascer, atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, necessitando de derivação ventrículo-peritoneal aos 5 meses. Habita Araguaína - TO. Em setembro/2011, atendida ambulatorialmente no Hospital de Doenças Tropicais, aos 5 meses, pesando 5,850Kg. Apresentava há 11 dias febre alta, associados: calafrios, distensão abdominal e inapetência. Sem tosse, diarreia ou vômito. Ao exame, hipocorada, dispneica, hepatoesplenomegalia palpável. Definido caso suspeito de LV. Exames: anemia normocítica e normocrômica, com anisocitose; plaquetopenia; leucopenia, linfocitose; transaminases elevadas; Tempo de Atividade de Protrombina (TAP) normal; Teste rápido imunocromático positivo, sorologia para LV 1:160. Tratada com glucantime; apresentou boa evolução. Em D15, afebril, manteve hepatoesplenomegalia; permaneceu leucopênica, com normalização hematimétrica. Em maio/2012, retornou com história de febre e distensão abdominal por 3 dias. Ao exame, hipocorada, esplenomegalia a 4 cm do rebordo costal. Exames: anemia microcítica e hipocrômica; leucopenia, linfocitose; plaquetopenia; proteínas e transaminases normais; Teste rápido e sorologia (IFI) positivos; pesquisa direta de Leishmania em aspirado de medula óssea: 1ª amostra negativa. Tratada com Anfotericina B desoxicolato (14 doses). Evoluiu com inversão da relação albumina/globulina. Apresentou picos febris até D10, quando iniciou tosse produtiva, roncospasmo à ausculta pulmonar e radiografia de tórax sugerindo broncopneumonia, sendo tratada. Respondeu bem ao tratamento. Manteve hepatoesplenomegalia no acompanhamento ambulatorial. Em agosto/2012, retornou afebril, hipocorada, apresentando hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal, baço ao nível da cicatriz umbilical. Exames: anemia; plaquetopenia; leucopenia, linfocitose; teste rápido positivo; sorologia 1:160. Internada para tratamento com Anfotericina B lipossomal (7 doses). Evoluiu apresentando febre, tosse, taquipneia e radiografia de tórax sugerindo broncopneumonia, sendo tratada. Seguiu com piora dos exames: plaquetopenia acentuada; 1500 leucócitos/mm³; TAP 86,6%; Líquor sem alterações. Permaneceu febril até D4, recebendo alta médica em bom estado geral, afebril. Manteve hepatoesplenomegalia. Em janeiro/2013, retornou referindo febre e emagrecimento. Ao exame, mau estado geral, emagrecida, adenomegalia submandibular, esplenomegalia abaixo da cicatriz umbilical, hepatomegalia dolorosa a 3 cm do rebordo costal. Internada por 3ª recidiva. Recebeu Anfotericina B lipossomal (14 doses). Exames: anemia; plaquetopenia; 1100 leucócitos/mm³, linfocitose; TAP 83,8%; sorologia para HIV negativa; aspirado de medula: presença de Leishmania. Apresentou-se neutropênica, indicando Ceftriaxone + Oxacilina e isolamento profiláticos. Houve melhora da anemia, plaquetopenia e neutropenia. Após alta médica em fevereiro/2013, iniciou-se glucantime profilático (20mg/Kg/dose semanal) por 3 meses. Em seguimento, regrediram visceromegalias. Descartou-se laboratorialmente imunodeficiências primárias e constatou-se cicatriz sorológica de toxoplasmose e citomegalovirose. COMENTÁRIOS: Sabe-se que a desnutrição energético-proteica favorece incidência de infecções em crianças, agravando seu aporte nutricional. Na curva peso x idade, a paciente permaneceu acima do escore -2Z, porém limítrofe e sem ascensão. Em certos momentos, esteve abaixo de tal limite, caracterizando desnutrição leve, podendo ter favorecido imunocomprometimento e recidivas múltiplas da doença.