




















CASOS CLINICOS

CASO CLINICO 1

-  1º Neurotoxoplasmose
-  2º Neurocriptococose
-  3º Neurotuberculose
-  Neurosífilis - Sífilis maligna precoce – pode evoluir rapidamente em pacientes com HIV – diferente dos não HIV.
-  Linfoma – é mto raro linfoma primário no SNC, o paciente teria outras manifestações – hepatomegalia, esplenomegalia.
-  Herpes – geralmente é mais agressivo e mais rápido. Evolui em 2 a 3 dias.
-  Neurocisticercose – é mais rara em pacientes em HIV positivos do que não HIV.
-  ARV – demora 4 a 6 semanas para agir e não é uma emergência medica. Tenho que tratar o paciente.
-  Pedir TC de crânio. Paciente HIV com quadro neurológico = TC de crânio.

-  **Neurotoxo** = lesão hipodensa que realça ao contraste preferencialmente nos gânglios da base, mas em qqer lugar. Geralmente única e não múltipla e com edema ao redor.
-  Tratar a toxoplasmose.
-  O liquor não tem alteração, há uma encefalite com lesão expansiva. Devo colher o liquor para afastar outras doenças (pode ter neurotoxo com neurocripto).
-  Se tratar neurotoxo e o paciente não melhorar, fazer biopsia da lesão – pode ser linfoma do SNC, sífilis, cripto, Tb, etc. 90% das lesões expansivas do SNC em pacientes HIV são neurotoxo.

-  **Neurocripto** = pode ser tomografia sem alterações. Pode ter sinais de hipertensão intracraniana com hidrocefalia. Pode ter lesões de massa tbm. Para fazer o diagnostico tem que fazer o liquor – pedir glicose, PTN, cloreto, celularidade. As cels podem estar normais ou aumentadas em numero. O predomínio do diferencial é linfócitos linfomononucleares. Geralmente celularidade baixa (100 a 200 cels), glicose baixa ou normal e ptns aumentadas.
-  Devemos olhar para ver se tem massa para saber se pode ou não colher o liquor. Por isso tem que fazer a TC antes do liquor.
-  Colocar tinta da China positiva – nanquim – levedura capsulada (criptococo) a tinta não entra e fica um fundo preto com bicho clarinho.
-  Tratar com anfotericina B pq é um fungo.

-  **Neurotuberculose** = o diagnostico é o liquor – glicose muito muito baixa pq o consumo do micobacterio (aeróbio estrito que consome glicose e oxigênio do cérebro), PTN esta mto aumentada. A celularidade esta aumentada as custas de linfócitos.
-  Diagnostico etiológico – cultura do liquor, a sensibilidade é baixa mas é o ideal. Pode-se fazer Tb o **ADA** – PTN liberada por lys que é liberada geralmente em infecções por Tb. Para Tb pleural é totalmente aceito esse exame e para Tb neural esta sendo aceito. A cultura demora um pouco para ficar pronto, logo, mtas vezes começamos a

tratar sem ter o resultado do exame. A sensibilidade do ADA é de 70 a 90%. Se o teste vier negativo, não podemos excluir.

📌 **Neurosífilis =**

📌 **VDRL (anticardiolipina) no liquor.** É mto mais sensível e específico no liquor do que no sg. A probabilidade é mto alta se tiver positivo, é o melhor exame diagnóstico. O VDRL é um AC não específico da sífilis – outras doenças Tb são positivas, mas é mais específico para sífilis, no sg é sensível e não é específico. Mas no liquor é mto específica (sendo + é sífilis).

- 📌 Fazer tomografia e colher liquor antes das 24 horas para o quadro não evoluir.
- 📌 As lesões características principalmente de neurotoxo pq é o mais comum.
- 📌 Fazer a profilaxia, pelo menos para **pneumocistose**. Se tiver toxo dar **sulfa** e já faz a profilaxia, se tiver cripto, Tb, dar **bactrim**.
- 📌 Se não tiver TC, fazer exame de fundo de olho para ver se tem edema de papila antes de retirar o liquor.

📌 **CASO CLINICO 2**

- 📌 A primeira coisa a fazer 'é um teste HIV. Se for, pensar de um jeito, se não for, pensar de outro.
- 📌 A favor de HIV – usuário de droga EV, emagrecimento, placas esbranquiçadas (cândida).
- 📌 Se o teste der positivo:
- 📌 **1º Tuberculose miliar** – paciente HIV positivo não faz quadro de Tb típico. A Tb miliar causa tosse seca. O paciente entra em contato com a Tb e qdo o paciente precisa de uma resposta e não tem, ela se dissemina e causa a Tb miliar.
- 📌 **2º Pneumocistose** = tosse seca e dispnéia progressiva. Infiltrado difuso intersticial e ausculta normal. Início insidioso.
- 📌 Exames de sg: **gasometria arterial** – verificar como esta a troca gasosa para ver se tem que por máscara, entubar, etc. **DHL – desidrogenase láctica** esta mto alta em pacientes com pneumocistose e não 'é tão alta em pacientes com Tb. Depois disso fazer escarro, lavado broncoalveolar – pesquisar **fungos, micobacterias e bactérias**.
- 📌 Tratar com Bactrim em dose alta. Não precisa fazer a profilaxia pq já estamos fazendo o tratamento.
- 📌 **Causas menos comuns:**
- 📌 *Micobacterium avium*, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, criptococose, histoplasmose.
- 📌 O pct 'é usuário de droga, logo, o Rx não da um infiltrado tão comum.
- 📌 Endocardite de válvula tricúspide – usuário de droga IV pode ter endocardite.
- 📌 Tb tratar a cândida. O paciente tem disfagia.
- 📌 Se não melhorar, fazer endoscopia e ver se tem ulcera.
- 📌 **Causas de disfagia** – ulcera por **CMV (mais na porção distal) e herpes (mais na porção proximal)** – **isso não 'é regra**. Se os sintomas continuam, pesquisar essas úlceras. Pode ter sarcoma de Kaposi, mas geralmente associada a sangramento.
- 📌 Geralmente são úlceras rasas e dolorosas, limpa e qdo engole dói.
- 📌 O paciente com quadro pulmonar, HIV, 'é grave. Temos que agir rapidamente.

- Se o paciente precisa entubar, faz tudo rapidamente.
- Qdo o paciente esta grave, o ARV é a ultima coisa a pensar. Primeiro tem que tratar o que esta afetando o doente.
- Teste rápido de HIV – em torno de 30 min já da o diagnostico, não é mto sensível e específico.

CASO CLINICO 3

- 1ª: Paciente HIV com quadro de pneumonia típica da comunidade.**
- 2ª: Tuberculose.** (não é comum pneumonia em terço superior – isso é comum em Tb).
- Infecções fungicas – **histoplasmose**.
- Conduta para diagnostico: dar atb e depois colher escarros. Pedir escarro para descartar tuberculose. Atb = amoxicilina pode ser. A gravidade do quadro é que vai dizer qual atb usar. Azitromicina, claritromicina. Amoxicilina com clavulanato – inibidores de beta-lactamase. Lexofluoxacina (quinolona respiratória).
- Escolha: Clavulin (amoxicilina com acido clavulanico), Rocefin (faz associação com claritromicina ou azitromicina em casos mto graves).
- A porcentagem de pneumonia atípica em HIV+ não é mto comum. As bacterianas são mais comuns.
- Clindamicina – não associar com rocefin. So usar qdo há evidencias de pneumonias aspirativas. Paciente HIV jovem tem chance mto pequena de pneumonia aspirativa. É uma conduta realizada mas não embasada cientificamente.
- Oxacilina – melhor atb para tratar staphilo aureus.
- Não é a gravidade da doença que dita qual atb usar, mas sim outros fatores como internações anteriores, infecções anteriores, uso de atbs anteriormente.

CASO CLINICO 4

- Salmonela, giárdia, ameba, xiguela** (diarréia invasiva, com muco, com febre).
- A diarreia é cronica.
- Salmonela – algumas se comportam como a xiguela causando diarréias invasivas e outras são mais brancas. Pode causar salmonelose septicemica prolongada – causada em pacientes com esquistossomose com HIV. Causa hepatoesplenomegalia febril, mas pode ter diarréia.
- Giárdia e ameba – causas importantes.
- Fazer coproparasitologico.
- Giárdia – causa mais colite, com mais pus.
- Aposta entre essas 4: amebíase.
- Enteropatia pelo HIV** → há perda das vilosidades e não há absorção.
- Oportunistas:** criptosporidium, microsporidium, isosporidium.
- Escherichia coli – quadro semelhante a xiguela.
- Essa diarréia é típica de intestino delgado e não de grosso.
- Strongiloidiase** – é comum em HIV e difícil de diagnosticar, pode causar strongiloidiase disseminada.
- CMV – pode ser, mas geralmente causa ulcera em colon e teria sangramento associado.

- ❑ **MAC** – pode causar diarreia dessa maneira e geralmente associado a hepatoesplenomegalia.
- ❑ **Mais comum**: enteropatia pelo HIV e doenças oportunistas.
- ❑ **Diagnostico**: Fazer coprocultura e coproparasitologico de fezes para descartar alguns microrganismos.
- ❑ **Tratamento**: *hidratar. Em diarreia crônica pode-se usar antidiarreico.* Em diarreia aguda – aumenta a proliferação do agente e de toxinas e o paciente evolui com sepse, logo não pode usar antidiarreico em diarreias agudas. *Restaurar a imunidade* (importante usar ARV precocemente pq pode melhorar o quadro precocemente, pq ele pode fazer o paciente sobreviver). *Usar empiricamente para tratar as oportunistas* (isospora, criptosporidium, microsporidium): Bactrim. ANITA 'e caro e difícil de ser usado.
- ❑ **Bactrim**: hepatotxico, inibidor do acido fólico (pode causar anemia megaloblástica) e' um sulfa e pode causar calculo renal. Usar so' ate o paciente recuperar a imunidade. 14 a 21 dias 1 cp de 8 em 8 hrs.

CASO CLINICO 5

- ❑ Se o paciente parar de tratar a doença volta.
- ❑ O paciente tem pancitopena, hepatoesplenomegalia, febre.
- ❑ **MAC** – pode ter diarreia associada. O CD4 geralmente esta mto baixo.
- ❑ **Chagas** – meningoencefalite 'e a forma mais comum.
- ❑ **CMV**
- ❑ **Calazar**
- ❑ **Tuberculose**
- ❑ **Histoplasmosose e outras infecções fungicas**
- ❑ **Paracoco** (a associação de paracoco em HIV 'e baixa)
- ❑ **Linfoma**
- ❑ Doença do sistema reticulo endotelial (Baco, figado e medula óssea).
- ❑ **Diagnostico**: pela **medula óssea (mielocultura, mielograma e biopsia)** – mais acessível, menos invasivo. Mielocultura foi o melhor (mas pode demorar um pouco para dar o resultado). Mielograma era um pouco inespecifico e a biopsia nem sempre dava o diagnostico.
- ❑ **Fazer ultra-som de abdômen** – Tb e MAC dão gânglios aumentados a microabscessos (alem de hepatoesplenomegalia e pancitopenia).
- ❑ **Hemocultura** – para bactérias, micobacterias e fungos.
- ❑ **Tratamento** empírico: de fungos e Tb (anfotericina e esquema para Tb). Junto com o quadro – se 'e CMV tem alteração ocular, se tiver diarreia, biopsia e verifica ulcera.

CASO CLINICO 6

- ❑ Dar AZT após a 14ª semana pq ela descobriu na gestação.
- ❑ **Fazer carga viral e CD4** para qdo ela chegar na 14ª semana, decidir se faço AZT ou terapia ARV combinada a partir da 14ª semana. Se tiver indicação clinica de **tratamento** (manifestação oportunista ou CD4 abaixo de 200), dar 3 drogas (paciente vai tomar pelo resto da vida), se não tiver, dar AZT (**profilaxia** – usar qdo tiver carga

viral abaixo de 1000 cópias, senão, usar 3 drogas enquanto a paciente estiver gestando – quando o filho nasceu, para de tomar).

- ☐ **Durante o parto** – dar AZT injetável desde que entrou na maternidade até o clampamento do cordão ou 3 hrs antes da cesárea até o clampamento do cordão.
- ☐ **RN** – dar AZT em xarope ainda na sala de parto. Ele vai tomar o AZT por 6 semanas. Depois desse período dar **Bactrim** – profilaxia contra pneumocistose até descartar a doença, pq se ele adquirir ele pode morrer.
- ☐ A mãe não deve amamentar.
- ☐ **Diagnóstico de HIV na cca** – não adianta fazer sorologia pq até os 18 meses terá os ACS maternos. O diagnóstico é feito pelo PCR – tenho que ter 2 exames positivos sendo 1 acima dos 4 meses. Aos 18 meses deve-se fazer a sorologia e dar negativo (consenso brasileiro).