

aumento da carga viral e, em vigência de pneumonia, veio a falecer em 29/08/99.

DISCUSSÃO: Recentemente, houve relato de que o estudo do polimorfismo de DNA distingue isolados de *L. donovani* causadores do calazar daqueles causadores da forma cutânea pós-calazar, assim como relato de lesão mucosa por *L. donovani*. Para extrapolar esse achado para cepas de leishmanias causadoras do calazar com manifestação cutânea, há necessidade de ser feito estudo multicêntrico, devido à raridade da manifestação cutânea na LV.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: A presente descrição enfoca o diagnóstico etiológico por *L. (L.) chagasi* somente permitido pelo emprego da PCR-RFLP em amostra de pele de paciente com Aids e LV, chamando a atenção o aspecto ectimatóide da lesão cutânea, aliado ao fato do não encontro do parasito à biópsia de pele.

DEPARTAMENTO DE DST & AIDS

PO133 Sífilis secundária tardia granulomatosa exuberante como diagnóstico diferencial de hanseníase tuberculóide reacional

AUTORES: Romanini AM, Souza DS, Yuge S, Ura S, Opromolla DVA.

INSTITUIÇÃO: Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru, SP.

INTRODUÇÃO: As lesões cutâneas da sífilis secundária estão presentes em 80-95% dos pacientes, na sua maioria são assintomáticas e maculares. As erupções papulares ocorrem em 12% dos casos. Embora lesões granulomatosas sejam características da sífilis terciária pequenos granulomas com células gigantes tipo Langerhans ou corpo estranho podem estar presentes até em lesões jovens.

RELATO DE CASO: Mulher, 36 anos, solteira, procedente de Pirajuí - SP há 2 meses com lesões generalizadas, assintomáticas, sem sintomas gerais. Exame físico: placas eritemato-edematosas, infiltradas, bem delimitadas, algumas confluentes, mais proeminentes na face e mais acastanhadas e aplanadas demais regiões da pele. Não apresenta espessamento nem dor em nervos, ausência de linfadenomegalias. Histopatológico: reação inflamatória granulomatosa superficial e profunda sem hiperplasia epitelial. Granuloma superficial com componente de células epiteliais e grande número de plasmócitos. Exames complementares: Reação de Mitsuda 8 mm, baciloscopia (-), VDRL 1:128 e FTA-Abs(+).

DISCUSSÃO: O quadro clínico com lesões cutâneas tipo placas eritematosas bem delimitadas generalizadas, mas com proeminência na face sugeriu hanseníase tuberculóide reacional. A biópsia, de certa forma, foi compatível com este diagnóstico, tendo em vista granulomas de células epitelióides, extensos e confluentes localizadas em todos os níveis. O componente plasmocitário pode aparecer em manifestações reacionais tuberculóides, em que a baciloscopia frequentemente é negativa. No entanto, as lesões do tronco, mais compatíveis com hanseníase dimorfa onde a baciloscopia é positiva, fez desconfiar de outra patologia granulomatosa e foram solicitadas RSS, onde o VDRL foi 1/128 e FTAbs positivo. Revisou-se a biópsia cutânea, em que chamou atenção o caráter angiocêntrico dos granulomas associados a intensa plasmocitose. Alguns ramos nervosos mostraram infiltração inflamatória perineural, mas esta é uma das alterações também observada nas lesões cutâneas do secundarismo luético.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Discutir o diagnóstico diferencial e mostrar caso com lesões exuberantes.

PO134 Porfíria Cutânea Tarda associada ao vírus da imunodeficiência humana

AUTORES: Lastória JC, Molina L, Carrenho AB, Marques MEA.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Medicina de Botucatu (SP) – UNESP

INTRODUÇÃO: Na forma adquirida da Porfíria Cutânea Tarda (PCT) têm sido descritas associações com etilismo, exposição a hidrocarbonos halogenados, infecção por vírus da hepatite C (HCV) e, recentemente, com vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou coinfeção de HCV e HIV. O tratamento consiste em fotoproteção, suspensão de possíveis substâncias e/ou causas responsáveis e sangrias na fase aguda.

RELATO DO CASO: Feminina, 24 anos, parda, do lar, referindo há 7 meses, aparecimento de bolhas, principalmente em áreas fotoexpostas, associado à febre, mal-estar e vômitos frequentes. Procurou auxílio médico em

sua cidade de origem, medicada com cefalexina. Sem melhora e com resultado de biópsia inconclusivo, foi encaminhada ao nosso serviço. Antecedentes pessoais de gravidez tubária tratada cirurgicamente há 1 ano, prostituição na adolescência, etilismo crônico e uso de drogas ilícitas. Ao exame apresentava bolhas e vesículas de conteúdo seroso no dorso das mãos, pés e antebraços, além de exulcerações com crostas melicéricas, hiper-cromia e hipertricose na face. Os exames iniciais mostravam discreto aumento das transaminases, anemia, hipoalbuminemia e função renal normal. A urina macroscopicamente estava avermelhada, com fluorescência rósea à luz de Wood. As sorologias para hepatite B e C eram negativas, e positiva para HIV. O exame histopatológico de bolha foi compatível com Porfíria Cutânea Tarda. Iniciado tratamento com cloroquina, fotoproteção tópica e, após orientação da especialidade de infectologia, medicada com sulfametoxazol trimetopim (SMX-TMP) para quimioprofilaxia de *Pneumocistis carinii*. Após 4 dias do início da terapêutica evoluiu com quadro de náuseas, vômitos, desconforto abdominal, oligúria, leucocitose, aumento explosivo das transaminases, insuficiência renal, coagulopatia e, por fim, rebaixamento do nível de consciência, vindo a falecer devido a insuficiência hepática fulminante após 1 semana em unidade de terapia intensiva.

DISCUSSÃO: A associação da infecção por HIV e PCT tem sido documentada, principalmente na coinfeção por HCV. Há poucos relatos de hepatite fulminante durante o uso de cloroquina, salvo em doses elevadas e em casos de intoxicação exógena. Há relatos de insuficiência hepática com o uso de SMX-TMP, mesmo por curto período de tempo. É possível que, nesse caso, a associação de drogas hepatotóxicas (cloroquina + SMX-TMP) à PCT e HIV tornaram-se fatores determinantes à lesão hepática. Ressalta-se a importância do acompanhamento da hepatotoxicidade em pacientes com PCT e HIV.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Documentar a associação de PCT e HIV, além do grave desfecho com insuficiência hepática fulminante.

PO135 Evolução atípica de molusco contagioso exuberante em portadora da infecção pelo HIV

AUTORES: Oyafuso LK, Leite AC, Rollin PCM, Maklouf MF.

INSTITUIÇÃO: Instituto de Infectologia Emílio Ribas - São Paulo, SP

INTRODUÇÃO: O molusco contagioso é causado pelo poxvírus e tem sua incidência aumentada em crianças e portadores de algum tipo de imunossupressão. Clinicamente, apresenta-se como pápulas umbilicadas, autolimitadas, em indivíduos imunocompetentes. A progressão da disfunção imunológica em pacientes com AIDS propicia o aparecimento de lesões disseminadas e confluentes.

RELATO DO CASO: WF., 27 anos, sexo feminino, branca, viúva, costureira, procedente de São Paulo - SP. Paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV desde 1998, em uso irregular de medicamentos antiretrovirais, não aderente aos esquemas convencionais. Após 2 anos do diagnóstico apresentou múltiplas pápulas umbilicadas e confluentes em face e tronco. Exames laboratoriais: VDRL não reagente, sorologia para hepatite B e C não reagentes, biópsia de pele: molusco contagioso. Durante vários anos o molusco contagioso disseminado era a única queixa da paciente e todos os tipos de tratamento conhecidos para o molusco foram tentados: cauterização química em várias porcentagens de ATA, nitrogênio líquido, eletrocoagulação, imiquimod, 5 Fluorocitosina, corticosteróides e tratamento empírico com Interferon. Apesar de estar sempre com imunidade bastante rebaixada, ela não apresentou infecção oportunista até agosto de 2004, quando teve um quadro de pneumocistose. Durante a internação as lesões apresentaram um quadro inflamatório, com bastante edema, dor e eliminação de secreção seropurulenta. Os exames laboratoriais da época: CD4 8 células/mm³, CD8 731 células/mm³, CV 3510 cópias/ml. Em janeiro de 2005 apresentou nova infecção oportunista, CMV esofágica, coriorretinite por CMV. Apesar da piora clínica, paradoxalmente, as lesões entraram em regressão (CD4 02 células/mm³, CD8 172 células/mm³, CV 22400 cópias/ml).

DISCUSSÃO: Pacientes portadores de HIV podem apresentar quadro de molusco contagioso com lesões exuberantes, confluentes, algumas de caráter inflamatório e tumoral, como demonstrado no caso. O desenvolvimento dessas formas atípicas e resistentes ao tratamento relaciona-se à imunodepressão, podendo ser considerado um marcador de mau prognóstico ou de estágio avançado do HIV.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Demonstração de caso clínico de molusco contagioso exuberante, resistente ao tratamento convencional, em paciente portador de HIV, e a evolução atípica, justificada pela regressão do quadro de molusco contagioso disseminado após piora clínica com a instalação da infecção pelo CMV.

PO136 Sífilis recente de apresentação atípica em paciente soropositiva

AUTORES: Andrade LBC, Silva LC, Cório FDF, Gaspar KNS.

INSTITUIÇÃO: Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada por um microorganismo, espiroqueta, denominado *Treponema pallidum*. A infecção por sífilis aumenta significativamente a sensibilidade à infecção pelo HIV e o tratamento da sífilis em pacientes co-infectados pelo HIV pode tornar-se complicado, pois depende da integridade do sistema imunológico do co-infectado. Quando há co-infecção pelo HIV, estes indivíduos podem abreviar o tempo entre o aparecimento da sífilis primária e secundária, e em alguns casos podemos encontrar pacientes com estes quadros superpostos. A infecção pelo HIV também pode fazer com que o paciente evolua mais rapidamente para a sífilis terciária, com lesões cutâneas mais profundas e que podem deixar seqüelas, além de poder afetar o sistema nervoso central, causando a neuro-sífilis. O tratamento é feito com antibióticos e pode ser semelhante ao dos pacientes imunocompetentes, mas alguns trabalhos aconselham doses mais elevadas ou tratamentos mais prolongados em pacientes com HIV/Aids, do que os esquemas terapêuticos normalmente recomendados.

RELATO DO CASO: Relatamos caso da paciente A.F.L., feminina, 24 anos, parda, solteira, auxiliar de costura, natural e procedente da cidade do Rio de Janeiro que procurou nosso serviço apresentando lesões cutâneas tipo placas eritemato-infiltradas, algumas exulceradas, com evolução de 4 meses, localizadas na região cervical, face e tronco, pruriginosas, associadas a febre e adenomegalia axilar bilateral. Relatava uso de corticosteróide e coaltar tópicos, embora sem melhora clínica. Em seus antecedentes, informava etilismo e tabagismo, além de drogadição venosa. Foram feitas as seguintes hipóteses diagnósticas: psoríase impetiginada, lues maligna precoce, eritema polimorfo atípico, tuberculose. Foram solicitados: hemograma, bioquímica, sorologia para hepatites, VDRL (positivo 1/1024) e anti-HIV (positivo), além de biópsia cutânea cujo resultado foi compatível com sífilis. Foi instituído tratamento com penicilina benzatina semanal até um total de 7.200.000 UI, com decréscimo progressivo da titulação e melhora das lesões cutâneas, recebendo alta hospitalar e sendo acompanhada ambulatorialmente.

DISCUSSÃO: A coinfeção HIV/Sífilis altera a evolução natural de ambas as doenças e requer um pronto diagnóstico, um acompanhamento multidisciplinar e uma abordagem terapêutica eficaz visando a prevenção de complicações.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Destacar formas atípicas de apresentação da sífilis recente em paciente HIV+, discutindo a terapêutica e a indicação de punção liquórica nestes casos.

PO137 Sífilis maligna precoce simulando esporotricose em paciente HIV+

AUTORES: Lage FA, Sá GM, Veiga DS, Intrator F, Gurfinkel AC.

INSTITUIÇÃO: Hospital Municipal da Lagoa - Rio de Janeiro, RJ

INTRODUÇÃO: A Sífilis é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *T. pallidum*, transmitida na maioria das vezes pelo contato sexual, podendo acometer praticamente todos os órgãos. A Sífilis Maligna Precoce caracteriza-se pelo surgimento de lesões cutâneas ulceradas e profundas e podem vir acompanhadas de sintomatologia geral. Apesar de forma evolutiva grave da doença, a resposta à penicilina é tão boa como qualquer outra manifestação do secundarismo.

RELATO DE CASO: LCD, masculino, 34 anos, solteiro, porteiro, natural e procedente do Rio de Janeiro, HIV+, foi encaminhado ao nosso Serviço pra elucidação diagnóstica de lesões numulares, algo circinadas eritemato-edematosas crostosas (aspecto rupiíode), dispostas em fileira em membro superior esquerdo lembrando esporotricose. Havia também lesões em abdômen e lesão eritemato-infiltrada em hemiface direita. eritemato-infiltrada em hemiface direita. Referia apenas episódios irregulares de febre (não aferida), e ao exame físico adenopatia cervical. Foram solicitados cultura para *Sporothrix schenckii* negativa, VDRL negativo e biópsia de pele com laudo histopatológico inconclusivo. Optou-se por iniciar tratamento empírico com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI IM/semana por 3 semanas, totalizando dose de 7.200.000 UI obtendo involução das lesões.

DISCUSSÃO: Com o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o aumentado do número de casos com formas clínicas atípicas, com evolução grave e mais aguda (Sífilis Maligna Precoce), tem sido observado. Além disso, em alguns pacientes, secundarismo acompanhado de testes sorológicos persistentemente negativos, daí sendo necessário o exame em campo escuro do material obtido de lesões ou a coloração pela prata do material de biópsia.

MOTIVO DA APRESENTAÇÃO: Demonstração de um caso de Doença Sexualmente Transmissível se comportando de uma maneira atípica em paciente imunodeprimido mimetizando quadro clínico de uma micose profunda.