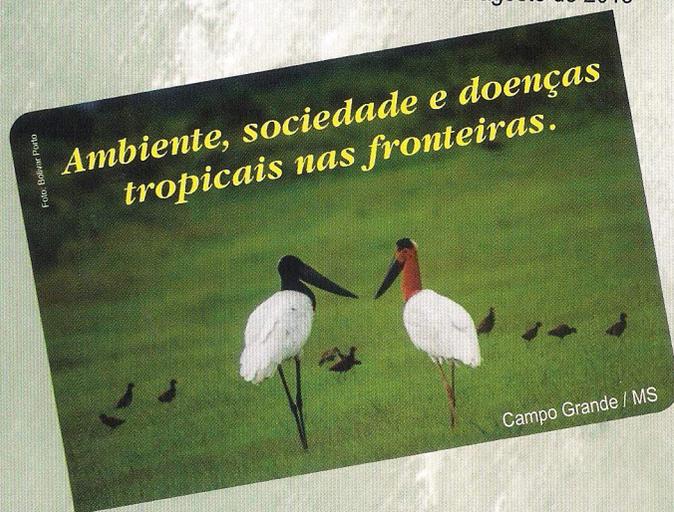


# XLIX CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL

Centro de Convenções Arquiteto Rubens Gil de Camilo  
6 a 10 de agosto de 2013



Realização



Apoio



Secretaria de  
Vigilância em Saúde

Ministério da  
Saúde



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



# CERTIFICADO

Certificamos que

**ALEJANDRO MARCEL HASSLOCHER MORENO**

participou do XLIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, realizado no período de 6 a 10 de agosto de 2013, no Centro de Convenções Arquiteto Rubens Gil de Camilo, em Campo Grande – Mato Grosso do Sul na qualidade de Autor do trabalho Coinfecção Doença de Chagas/HIV no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas- IPEC / Fiocruz, apresentado como “Pôster”.

Campo Grande, 10 de agosto de 2013.

Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha  
Presidente do XLIX Congresso da  
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Dr. Carlos Henrique Nery Costa  
Presidente da Sociedade  
Brasileira de Medicina Tropical

Dr. Júlio Henrique Rosa Croda  
Presidente da  
Comissão Científica

# COINFEÇÃO DOENÇA DE CHAGAS/HIV NO INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS-IPEC / FIOCRUZ

Alejandro M. Hasslocher-Moreno; Pedro E. A. Americano do Brasil; Carla R. F. dos Santos; Luiz H. C. Sangenis; Gilberto M. Sperandio da Silva; Mauro F. F. Mediano; Roberto M. Saraiva; Sergio S. Xavier; Andrea Silvestre de Sousa

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro – Brasil.

## INTRODUÇÃO

A urbanização da doença de Chagas e o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida propiciaram o aparecimento desta coinfeção, cuja prevalência, epidemiologia e expressão clínica são pouco conhecidas.

## OBJETIVO

Apresentar a experiência do IPEC/Fiocruz em relação a coinfeção Chagas/HIV

## METODOLOGIA

Pacientes portadores de doença de Chagas e HIV foram avaliados, por demanda clínica, através do seguinte protocolo:

1) sorologia para doença de Chagas; 2) xenodiagnóstico quantitativo 3) radiografia de tórax em PA e perfil com esôfago contrastado; 4) eletrocardiograma convencional; 5) ecocardiograma bi dimensional; 6) contagem de células CD4; 7) carga viral para HIV.

## RESULTADOS

Entre 1990 e 2012, foram acompanhados 7 pacientes coinfectados com doença de Chagas e HIV. Cinco no ambulatório de doença de Chagas e 2 no de AIDS. Ocorreram 5 óbitos, 2 deles decorrentes diretamente da AIDS, 1 em função de cardiopatia chagásica crônica, 1 por cardiopatia isquêmica e 1 devido a neoplasia esofagiana. Perdeu-se um seguimento e somente um paciente permanece em acompanhamento na instituição. Tivemos um caso de reativação da doença de Chagas, caracterizada por miocardite aguda e cujo óbito ocorreu em função de neurotoxoplasmose. Dos 5 pacientes que realizaram xenodiagnóstico, todos foram positivos, sendo que 25 a 40% das ninfas utilizadas foram infectadas com T cruzi. Profilaxia primária foi feita com cetoconazol em 3 pacientes e com benzonidazol em 2.

CASO	IDADE (ANOS)	SEXO	COR	XENODIAGNÓSTICO PRÉ TRATAMENTO	% NINFAS POSITIVAS	CLASSIFICAÇÃO* DOENÇA DE CHAGAS	CLASSIFICAÇÃO** HIV	REATIVAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS	SEGUIMENTO (MESES)	ÓBITO	ÓBITO CHAGAS	ÓBITO HIV
1	45	F	B	POSITIVO	40	INDETERMINADA	C3	MIOCARDITE	12	SIM	NÃO	SIM
2	52	F	PD	POSITIVO	25	MEGAESÔFAGO	B1	NÃO	210	SIM	NÃO	NÃO
3	47	M	B	POSITIVO	25	CARDÍACA (A)	A2	NÃO	88	SIM	NÃO	NÃO
4	50	F	B	POSITIVO	25	CARDÍACA (B1)	B3	NÃO	32	SIM	SIM	NÃO
5	75	F	B	POSITIVO	40	CARDÍACA (C)	C3	NÃO	13	SIM	NÃO	SIM
6	52	F	N	NÃO REALIZADO	NR	CARDÍACA (A) + MEGAESÔFAGO	B1	NÃO	23	IGN	#	#
7	66	F	PD	NÃO REALIZADO	NR	CARDÍACA (B2)	B3	NÃO	31	NÃO	#	#

F=feminino; M=masculino; NR=não realizado; IGN=ignorado \* Consenso Brasileiro em doença de Chagas/2005; \*\* Centers for Diseases Control (CDC), Atlanta (Georgia)/1993.

## DISCUSSÃO

Na experiência do Ipec, chamamos atenção para dois aspectos: a avaliação parasitológica da doença de Chagas na coinfeção com HIV e a conduta terapêutica trypanosomicida. Nos cinco xenodiagnósticos realizados, em vigência da infecção do HIV, a sensibilidade foi de 100%. Sabemos que na ausência de coinfeção, esta sensibilidade não ultrapassa 50%. Além disso, nos dois casos que evidenciavam imunossupressão grave pelo HIV, observamos, indiretamente, alta carga parasitária. Na indicação de profilaxia primária da reativação, tivemos uma excelente resposta com o uso de cetoconazol, sabidamente supressor de parasitemia e já indicado em situações específicas. Os três pacientes que usaram esta medicação negataram o xenodiagnóstico e durante seu uso não apresentaram indícios de reativação.

## CONCLUSÃO

Entendemos que o xenodiagnóstico pode ser uma valiosa ferramenta para avaliar precocemente a reativação em sua fase assintomática bem como utilizá-la no monitoramento clínico da coinfeção. Em relação ao uso do cetoconazol, consideramos uma boa alternativa ao uso do benzonidazol em situações que a imunossupressão de base se mantenha por tempo prolongado, podendo então ser suspenso no momento que a contagem de CD4 superar o valor de 500 células.