

APRESENTAÇÃO CLÍNICA DISSEMINADA GRAVE DE INFECÇÃO POR MONKEYPOX EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO POR HIV: UM RELATO DE CASO

Julielly Almeida Andrade Brandão¹, Breno César Diniz Pontes², Otho Melo de Figueiredo³, Igor Pereira Matos de Oliveira⁴;

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ³

CLÍNICA MÉDICA HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO^{1,2,4}

RESUMO

Objetivo: *Relata um caso de um paciente sexo masculino, 20 anos, com diagnóstico intra hospitalar de Monkeypox e HIV positivo, que evolui com Síndrome da imunodeficiência adquirida e elucidar a doença monkeypox como doença oportunista. Método:* *As informações foram obtidas pela revisão de prontuário do paciente e revisão de literatura. Considerações finais:* *O Caso relatado traz a luz a discussão sobre monkeypox, estratégias de prevenção e diagnóstico, populações que são acometidas e como uma doença oportunista e os impactos desta no paciente HIV positivo.*

PALAVRAS CHAVES :Monkeypox virus; HIV; Repercussões clínicas disseminadas;transmissão sexual

INTRODUÇÃO

A varíola dos macacos é causada pelo vírus Monkeypox, que pertence ao gênero Orthopoxvirus e Poxviridae família. Costuma ser uma infecção autolimitada, com sintomas que duram de 2 a 4 semanas, com taxa de letalidade em torno de 3% a 6%. O vírus Monkeypox é um vírus de DNA de fita que foi isolado pela primeira vez de macacos, no entanto, o hospedeiro natural do vírus da varíola dos macacos também inclui esquilos de corda, esquilos de árvore, ratos gambianos e arganazes. A varíola humana é um ortopoxvírus zoonótico com apresentação semelhante à da varíola. Monkeypox é transmitido acidentalmente aos seres humanos quando encontram animais infectados e também por contato direto (sexual ou pele a pele),

gotículas respiratórias e fômites. Os sinais e sintomas são semelhantes, mas menos graves do que a varíola, e envolvem uma erupção cutânea característica precedida por sintomas prodrômicos leves (por exemplo, febre, linfadenopatia e sintomas semelhantes aos da gripe). No surto atual, os casos têm sido atípicos, com o exantema característico começando nas áreas genital e perianal com ou sem disseminação para outras partes do corpo.

OBJETIVO

Compreender os fatores envolvidos na evolução clínica desfavorável e seus resultados dessa doença. E também, planejar medidas de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento da população de forma a enfrentar de maneira mais efetiva essa doença.

MÉTODO

As informações contidas neste relato foram obtidas a partir da revisão sistemática do prontuário do paciente e registro fotográfico

RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, 20 anos, comparece ao HCSL (Hospital das Clínicas Samuel Libânio), Pouso Alegre- MG, no dia 11/09/22, com relato de surgimento de lesões ulceradas em glândula e prepúcio peniano, dolorosas e pruriginosas há 20 dias associado a febre termometrada 38 graus em 2 dias seguidos, mialgia e cefaléia, buscou então atendimento em UPA onde foi realizado teste rápido para sífilis, resultado negativo, na ocasião foi prescrito 3 doses de Penicilina g Benzatina (24/8, 07/09 e 14/09), realizado 2 doses ao todo. Há 13 dias, surgiram lesões ulceradas em região mucosa oral, odinofagia associada, concomitante a lesões ulceradas e pruriginosas em pele, predominantemente em membros superiores, inferiores e dorso. Além disso piora das lesões penianas associado a edema peniano e retenção urinária. Em uso de Cefalexina e Dexametasona (prescrito em última consulta em UPA).

História Progressiva Patológica: Alergia a Fenegan. Internação há 4 anos devido farmacodermia induzida por Fenegan. Nega comorbidades, Nega uso medicação contínua, Nega cirurgias.

Histórico Sexual: Paciente se autodenomina bissexual, última relação sexual há mais de 01 mês (não soube precisar data), nega uso de preservativos em últimas relações, ausência de parceria fixa, número de parceiros/ano 2022: 5

Ao exame físico:

Regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, orientado em tempo e espaço;

Presença de cadeia linfonodal inguinal palpável a direita cerca 2 cm, aspecto endurecido, eritema circunjacente e doloroso ao toque;

Presença de lesões arredondadas, polimórficas, umbilicação central, com várias fases de evolução, desde úlceras até vesículas com formação de crosta central hiperocrômica e bordos hipocrômicos, em membros inferiores, superiores e tronco;

Edema peniano importante. Além de lesões crostosas, amareladas em corpo do pênis e lesões ulceradas em glândula;

Oroscopia: Lesões ulceradas, semelhantes às da glândula, principalmente em lábios, gengiva e palato duro. Orofaringe edemaciada e presença de placas.

Aparelho cardiovascular: Bulhas normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, ausência de sopros, cliques ou estalidos, PA 120 X90 FC 100 bpm

Aparelho respiratório: Murmúrio Vesicular Fisiológico Presente SATO2 97%

Aparelho abdominal: Ruídos hidroaéreos positivos, flácido, indolor à palpação superficial e profunda

Paciente foi internado no serviço, em leito de isolamento. Solicitado avaliação da equipe de urologia a qual indicou passagem de SVD, devido retenção urinária, realização de curativo compressivo em região peniana, analgesia e antiespasmódico se escape urinário. Solicitado acompanhamento da infectologia e CCIH do Hospital, a qual orientou solicitar sorologias de hepatite B e C, teste rápido para HIV, VDRL, PCR urinário com pesquisa de sífilis, clamídia e gonococo e PCR com pesquisa de monkeypoxvirus (MPXV) raspado de lesão ulcerada em membro inferior, além de hemograma, íons, função renal e hepática. Solicitado TC tórax e

pescoço em busca de linfonodomegalias. Optou-se por iniciar empiricamente com Ceftriaxona devido infecção secundária cutânea.

Resultados: Resultado positivo para pesquisa de MPXV, Teste rápido HIV positivo, solicitado teste ELISA HIV 1 e 2 positivo e confirmado em 2 amostras. Restante das sorologias negativas. Plaquetas: 243.000, PCR 50,2, Amilase 64, bilirrubina total 0,7; cálcio 8,5, creatinina 0,5, cpk 20, lipase 41, magnésio: 2,1, potássio 3,7, albumina 3,6; sódio 137, ureia: 25, Hemoglobina 14,1, Leucócitos totais: 8,9 (ausência de desvio a esquerda). Exames de imagem: presença de linfonodos cervicais de até 1,2 cm, porém sem outras alterações significativas.

Paciente evolui no dia 20/09 com lesões de aspecto vesicular em região inguinal, associado edema, eritema e dor local, tipo queimação, aspecto distinto das lesões prévias. Paciente após quinto dia de uso de Ceftriaxona, ainda apresentando febre e leucocitose (12,2 sem desvio a esquerda). Optado por iniciar Vancomicina por infecção de pele secundária e Aciclovir devido Hipótese de Herpes Zoster associada. Paciente em acompanhamento psicológico e com serivoço de Psiquiatria no HCSL devido a crises de ansiedade, adinamia recorrentes após descoberta do diagnóstico.

Paciente em piora do edema peniano e das lesões dermatológicas, solicitada reavaliação da urologia que orienta conduta expectante e medidas para analgesia. Paciente permanece com febre aos controles, no dia 20/09/23 Paciente recebeu resultado positivo de HIV em 2 amostras método Elisa, iniciado TARV(Terapia anti retroviral) neste dia. Fez uso por 7 dias ao todo de Vancomicina e Aciclovir, porém persistência de febre e padrão de nódulos pulmonares e opacidades em vidro fosco em nova tomografia de tórax solicitada no dia 20/09/22, optado por uso de Bactrim dose terapêutica para pneumocistose, Aumento de espectro de antibiótico para teicoplanina e clindamicina pela suspeita de Pneumonia nosocomial, solicitado junto ao Ministério da Saúde liberação de Tecovirimat para caso, porém não foi disponibilizado. Paciente evolui nos próximos sete dias com inapetência importante, febre aos controles, necessitando de passagem de SNE para alimentação. Evolui com hipotensão refratária a volume, configurando choque séptico de foco pulmonar e cutâneo associado, necessidade de droga vasoativa, solicitado vaga de UTI. Paciente quando foi aceito vaga de uti no dia 09/10/22, evolui com Rebaixamento de nível de consciência, midríase bilateral fotorreagente, necessidade de proteção de

Via Aérea (Glasgow < 8). Paciente após intubação orotraqueal e estabilização hemodinâmica, evolui com Pcr em ritmo não chocável, realizado RCP por 40 min, sem RCE. Paciente evolui a óbito no dia 09/10/22 as 03h. Resultado de Contagem de Carga viral de 8780 cópias foi disponibilizado pelo CTA (Centro de testagem e Acolhimento).



Lesões no vigésimo dia de evolução



Lesões no vigésimo quinto dia de evolução

DISCUSSÃO

Monkeypox é uma doença zoonótica causada pelo vírus monkeypox, relacionado ao vírus da varíola. Em 23 de julho de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o crescente surto global de varíola símia um problema público Emergência de Saúde de Importância Internacional (PHEIC). No caso relatado acima, o paciente apresentou uma evolução desfavorável e com grandes manifestações sistêmicas. Principal fato envolvido nesta manifestação sistêmica, é o paciente ser portador de HIV. Como relatado paciente estava em fase de SIDA, onde foi comprovado com a carga viral alta e contagem de cd4 reduzida. Paciente desenvolveu neste contexto monkeypox, como doença oportunista, sistema imune não competente e susceptível a manifestação de forma grave. Provável causa do óbito: a própria evolução do HIV associado a manifestações sistêmicas do monkeypox. Neste contexto, cabe a discussão sobre quando iniciar TARV em paciente portador de monkeypox, visto que o início precoce da TARV em paciente com doença oportunista é adiado devido ao risco da síndrome de reconstituição imunológica. Portanto, se faz necessário maiores estudos sobre a correlação clínica entre estas doenças. Aliado a novas políticas públicas e sanitárias para melhor prevenção, discussão e informação a população no geral, sobre riscos da doença, sobre formas de contágio e sobre quando procurar o serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

Rizk, JG, Lippi, G., Henry, BM *et al.* Prevenção e Tratamento da Varíola dos Macacos. *Drogas* 82 , 957–963 (2022)

Nicola L. Bragazzi, Jude D. Kong, Naim Mahroum, Christina Tsigalou, Rola Khamisy-Farah, Manlio Converti, Jianhong Wu, Tendências epidemiológicas e características clínicas da epidemia de varíola símia em andamento: uma análise preliminar de dados agrupados e revisão da literatura , *Journal of Medical Virology* , 10.1002/jmv.27931 , (2022)

Menezes, Yargos Rodrigues and Miranda, Alexandre Braga de Severe disseminated clinical presentation of monkeypox virus infection in an immunosuppressed patient: first death report in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [online]. 2022,