

ACOMETIMENTO EXCLUSIVO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE HIV/AIDS: RELATO DE CASO

Alina Laís Almeida de Farias Fernandes¹; Laís Nóbrega Vieira¹; Maria Beatriz Rodrigues Esteves Moura¹; Thierry Gurgel Fernandes de Gois¹; Jorge Luiz Carvalho Figueiredo²

1 Médico(a) residente de Clínica Médica do Hospital Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife (PE)

2 Médico Internista preceptor de Clínica Médica do Hospital Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife (PE)

Introdução: Em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a infecção pelo citomegalovírus (CMV) pode se manifestar sobretudo com coriorretinite e acometimento gastrointestinal. Com o avanço da terapia antirretroviral (TARV), a infecção do sistema nervoso central tornou-se rara. Quando presente, gera ventriculoencefalite, lesões em massa, mielite ou poliradiculoneurite. **Objetivos:** Relatar caso de paciente recém-diagnosticada com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e lesões cerebrais compatíveis com CMV. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso com dados obtidos em prontuário e entrevista com a paciente. **Resultados:** Paciente feminina, 47 anos, diagnosticada recentemente com HIV, com contagem de linfócitos TCD4⁺ de 26 células/mm³. Há 5 meses, iniciou quadro de desorientação, redução da consciência e cefaleia, além de febre há 15 dias. Em ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio, revelou lesão expansiva com edema vasogênico hipodensa em T1 e realce anelar em hipotálamo/paredes do 3º ventrículo. Optou-se por iniciar o tratamento para neurotoxoplasmose, neurosífilis, encefalite herpética e neurotuberculose, levando em consideração os níveis limitrofes de adenosina deaminase (ADA) no líquido. Após a alta, interrompeu tratamento para tuberculose, retornando à emergência após 4 meses com sonolência e persistência da desorientação. Realizou coleta de líquido, cujo resultado mostrou aspecto xantocrômico, aumento protéico, glicose e celularidade normais, com predomínio linfocítico (90%). A sorologia para toxoplasmose foi reagente (1/64); e os testes de reação de pandy-nonne e takata-ara, positivos. Uma nova RNM do crânio foi feita, revelando halo com restrição à difusão nas paredes dos átrios e cornos occipitais dos ventrículos laterais, com realce após o contraste, sugerindo ventriculite por CMV. Apesar de não ter encontrado alterações na fundoscopia e na endoscopia digestiva alta (EDA), iniciou-se tratamento com ganciclovir intravenoso (5 mg/kg/dia) durante 21 dias, juntamente com prednisona na dose de 20 mg/dia. Houve melhora neurológica e, após 8 semanas, a TARV foi reiniciada, com acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Embora raro, o CMV deve ser considerado como diagnóstico diferencial para lesões cerebrais em pacientes com AIDS. É crucial ressaltar a importância da realização de exames complementares adequados, como fundoscopia, neuroimagem e EDA, a fim de obter um diagnóstico preciso e iniciar tratamento o mais precoce possível.

Palavras-chaves: Citomegalovírus; Infecções oportunistas; Lesão cerebral; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.