

87. DOENÇAS OPORTUNISTAS

DOENÇA OPORTUNISTA	PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS	TRATAMENTO
Pneumocistose <i>Pneumocystis jiroveci</i>	Curso insidioso. Evolução para dispnéia progressiva (hipoxemia severa), tosse seca, febre com calafrios, sudorese (diagnóstico diferencial com tuberculose). RX infiltrado intersticial bilateral difuso, podendo ser encontrado pneumatoceles. A presença de derrame pleural fala a favor de um outro tipo de diagnóstico. LDH elevado fala a favor de pior prognóstico.	Sulfametoxazol – trimetoprim 75 a 100 mg/ kg/d (SMX) e 15 a 20mg/ Kg/ d (TMP) a cada 6 ou 8 horas IV. Se PaO ₂ < 70mmHg, iniciar OBRIGATORIAMENTE prednisona 80 mg/d – 5 dias, reduzir para 40 mg/d – 5 dias e reduzir para 20 mg/d – até o final do tratamento. Tempo total de tratamento são de 21 dias. Alternativa: Clindamicina + Primaquina.
Neurotoxoplasmose <i>Toxoplasma gondii</i>	Principal causa de lesão causadora de efeito de massa na AIDS. As alterações variam entre letargia e coma, incoordenação motora, cefaléia, convulsões, hemiparesia, alteração (paralisia) dos nervos cranianos. Febre e irritação meníngea são raros. Diagnósticos diferenciais: linfoma primário do SNC (principal), neoplasias metastáticas, LMP, tuberculose. Nunca realizar punção lombar. Mandatária a realização de TC de crânio com contraste. O diagnóstico é presuntivo.	Sulfadiazina 100mg /Kg /d dividido em 4 tomadas VO. + Pirimetamina 50 a 200mg/d – 1º dia e 25 a 75 mg/d – nos dias subsequentes VO. + Ácido fólico 15mg/ d VO. Alternativa: Clindamicina + Pirimetamina
Meningite criptocócica <i>Cryptococcus neoformans</i>	Evolução subaguda. Cefaléia que piora progressivamente, febre sendo que a ausência não afasta, há a presença ou não de rigidez de nuca. Os sinais focais são raros. Pode ocorrer acometimento de pares cranianos. Lembrar que na UPA será um diagnóstico presuntivo!	Se <i>status</i> mental normal – Fluconazol 400 mg/d IV. Se <i>status</i> mental alterado – Anfotericina B deoxicolato 0,7 a 1 mg/Kg/ d (max. 50 mg/d). Avaliar a associação com outros antimicrobianos por ser um diagnóstico presuntivo! Transferir o paciente para hospital de referência.
Candidíase esofageana <i>Candida albicans</i>	O diagnóstico é feito através da resposta clínica do paciente ao tratamento. Presença de placas esbranquiçadas ou eritematosas, removíveis em cavidade oral que se estendem para face lateral e central da língua. O paciente pode se queixar de alteração do paladar e dor ao deglutir. A ausência de candidíase oral não afasta o diagnóstico de acometimento esofageano. Lembrar que é uma doença definidora de AIDS (CD4 ≤ 200cels/mm³).	Se o paciente tiver condições de deglutir – cetoconazol 400 mg/d VO – 2 semanas. Se muito extenso - Fluconazol 400 mg/d IV OU Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/Kg/d (max. 50 mg/d) IV – 2 semanas. Iniciar profilaxia primária para pneumocistose.

LMP – leucoencefalopatia multifocal progressiva