

TERAPIA COMBINADA NO MANEJO DA COINFECÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL-HIV: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.

Igor Thiago Borges de Queiroz e Silva; Aurélia Lorena Toscano de Medeiros Borges de Mello; Bruna Porpino Miranda; Cynthia Quinderé Cardoso Azevedo; Kattyúcia Cruz Meireles Silva; Maria Eduarda Benevides Leite de Castro; Gabriela Dantas Ribas; Hênio Godeiro Lacerda

Universidade Potiguar

Medicina, Universidade Potiguar–Ânima Educação, Natal/RN / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), email: lacerdahenio@gmail.com



INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença negligenciada com aproximadamente 30.000 novos casos anuais no mundo, sendo o Brasil responsável por grande parte dos registros na América Latina (ALVAR *et al.*, 2012). Quando não diagnosticada e tratada, 95% dos casos evoluem para óbito (WHO, 2010). A coinfeção LV-HIV apresenta desafios adicionais, como manifestações clínicas atípicas, diagnóstico mais complexo e altas taxas de efeitos adversos associados ao tratamento (LINDOSO, 2016). Essa coinfeção também está relacionada a maiores taxas de mortalidade e recaídas (BRASIL, 2022). A terapia antirretroviral (TARV) tem papel essencial na restauração da imunidade e na redução das recaídas após o tratamento com anfotericina B lipossomal (AnfBL), geralmente seguida de profilaxia secundária prolongada (VAN GRIENSVEN, 2019). Apesar das recomendações da OMS sobre o uso de terapia combinada para tratar LV-HIV (WHO, 2010), o Brasil ainda não adota essa estratégia como protocolo oficial, colocando populações vulneráveis em risco.

OBJETIVO

Relatar casos tratados com terapia combinada, sem necessidade de profilaxia secundária, e sugerir revisões nas diretrizes nacionais.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo em um centro de referência para doenças infecciosas em Natal/RN, Brasil. Foram analisados prontuários de pacientes coinfectados por LV-HIV tratados com terapia combinada entre 2022 e 2023. O protocolo incluiu AnfBL (4 mg/kg/dia por 10 dias), antimonial pentavalente (20 mg/kg/dia por 21–28 dias) e pentamidina (4 mg/kg, 3 vezes por semana, durante 4 semanas). Não foi indicada profilaxia secundária após a alta, apenas manutenção da TARV. Os desfechos analisados incluíram recaídas de LV, eventos adversos ao tratamento, mortalidade e parâmetros clínicos e laboratoriais (contagem de CD4+, carga viral do HIV, ganho de peso e sinais clínicos).

RESULTADOS

Sete indivíduos coinfectados por LV-HIV (principalmente casos de recaídas) foram tratados com terapia combinada, utilizando AnfBL (4 mg/kg/dia por 10 dias), antimonial pentavalente (20 mg/kg/dia por 21–28 dias) e pentamidina (4 mg/kg, 3 vezes por semana, durante 4 semanas). De acordo com Borges *et al.* (1999), o elevado índice de recaídas, até 90% em 1 ano, observado em pacientes coinfectados, após o primeiro curso de tratamento, levou diversos autores a propor esquemas terapêuticos de manutenção com diversas drogas. Assim, o uso de pentamidina na dose de 4mg/kg a cada 3 ou 4 semanas, anfotericina B na dose de 50 mg/semana ou mesmo o antimoniato de N-metilglucamina, na dose preconizada, a cada 4 semanas, parece conferir um índice de proteção contra recaídas em cerca de 90% dos pacientes (BORGES *et al.*, 1999).

Não foi indicada profilaxia secundária na alta, apenas a TARV. A tolerabilidade ao tratamento foi aceitável, com eventos adversos raros e de curta duração relatados (insuficiência renal leve, elevação de enzimas hepáticas e pancreáticas). Após 1-2 anos de acompanhamento, a maioria dos indivíduos permaneceu sem recaídas de LV (apresentando ganho de peso, ausência de febre, redução de órgãos comprometidos e ausência de anemia), com aumento na contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral de HIV indetectável.

CONCLUSÕES

A terapia combinada com AnfBL, antimonial pentavalente e pentamidina mostrou-se eficaz e segura no tratamento de coinfeção LV-HIV, mesmo sem profilaxia secundária. Esta abordagem não apenas reduziu as recaídas, mas também melhorou significativamente os desfechos clínicos e laboratoriais, oferecendo uma opção promissora para populações vulneráveis. Estudos clínicos randomizados com maior número de participantes são necessários para validar e otimizar essa estratégia, contribuindo para a revisão das diretrizes nacionais e internacionais de tratamento.

AGRADECIMENTO

Aos pacientes que participaram deste estudo, sem os quais este trabalho não seria possível; aos nossos mentores, Hênio Godeiro Lacerda e Igor Thiago Borges de Queiroz e Silva, pela inspiração e orientação, e principalmente por nos proporcionar essa incrível oportunidade de aprender e contribuir para a ciência; aos nossos colegas de pesquisa pela colaboração e dedicação.

REFERÊNCIAS

- ALVAR J, VÉLEZ ID, BERN C, *et al.* **Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence.** PLoS One. 2012;7(5):e35671.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis.** Geneva: WHO; 2010.
- LINDOSO JA, COTA GF, CUNHA MA. **Leishmaniasis and HIV coinfection: Current challenges.** HIV/AIDS - Res Palliative Care. 2016;8:147-56.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- BORGES AS, MACHADO AA, FERREIRA MS, FIGUEIREDO JF DE C, SILVA GF, CIMERMAN S, *et al.* Concomitância de leishmanioses e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): estudo de quatro casos. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 1999 Nov;32(6):713–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0037-86821999000600015>.
- LINDOSO, J. A. L.; MOREIRA, C. H. V.; CUNHA, M. A.; QUEIROZ, I. T. Visceral leishmaniasis and HIV coinfection: current perspectives. HIV AIDS (Auckl). 2018 Oct 15;10:193-201. Available from: <https://doi.org/10.2147/HIV.S143929>.
- MONGE-MAILLO, B.; LÓPEZ-VELEZ, R. Treatment Options for Visceral Leishmaniasis and HIV Coinfection. AIDS Rev. 2016 Jan-Mar;18(1):32-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26936761/>.
- BURKI, T. Guidelines for visceral leishmaniasis and HIV co-infection. Lancet Infect Dis. 2022 Aug;22(8):1124-1125. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00461-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00461-3)