

Hematoma subdural espontâneo associado à leishmaniose visceral e HIV

Spontaneous subdural hematoma associated with visceral leishmaniasis and HIV

Leticia Gomes de Alcântara¹ , Elisa Tavares Diogo de Siqueira² , Eberson de Alcântara Cruz³ , Rafael Siqueira Athayde Lima³ 

1. Residência Médica, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil. 2. Discente do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará. 3. Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

O hematoma subdural (HSD) é um tipo de hemorragia intracraniana comumente vinculado ao trauma, porém também pode ser espontâneo. O HSD espontâneo é incomum e geralmente se relaciona com a coagulopatia, a neoplasia, as máis-formações vasculares, entre outros fatores. Embora haja pouca descrição na literatura, a plaquetopenia também pode estar associada ao HSD. Entre as diversas etiologias para plaquetopenia, devem-se considerar, no diagnóstico diferencial, infecções, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a leishmaniose visceral (LV). Este relato descreve um caso inédito de HSD espontâneo secundário à plaquetopenia por LV em um homem jovem com HIV em bom controle, cujo manejo incluiu o uso de anfotericina B lipossomal (tratamento da LV), atorvastatina e dexametasona, e embolização da artéria meníngea média (EAMM) (medidas para o HSD). Este caso explicita a importância da avaliação integral do paciente com coinfeções, a fim de definir intervenções de possível melhor benefício.

Palavras-chave: hematoma subdural; leishmaniose visceral; HIV.

Abstract

Subdural hematoma (HSD) is a type of intracranial hemorrhage commonly associated with trauma, but it can also be spontaneous. Spontaneous HSD is uncommon and typically associated with coagulopathy, neoplasia, and vascular malformations, among other factors. Although there is little description in the literature, thrombocytopenia may also be associated with HSD. Among the various etiologies for thrombocytopenia, infections such as human immunodeficiency virus (HIV) and visceral leishmaniasis (VL) should be considered in differential diagnosis. This report describes an unpublished case of spontaneous HSD secondary to thrombocytopenia by VL in a young man with well-controlled HIV, whose management included the use of liposomal amphotericin B (treatment of VL), atorvastatin, dexamethasone, and embolization of the middle meningeal artery (MMA) (measures for HSD). This case highlights the importance of comprehensive evaluation of patients with co-infections, to inform interventions that may be yield better benefits.

Keywords: subdural hematoma; visceral leishmaniasis; HIV.

INTRODUÇÃO

O HSD espontâneo usualmente está associado a coagulopatias, além de condições que aumentam distúrbios hemorrágicos, como neoplasias e máis-formações vasculares. A ocorrência de HSD por plaquetopenia é incomum, apesar de já descrita na literatura médica, como a associação com o HIV². Contudo, não há relatos sobre HSD por trombocitopenia secundária à leishmaniose visceral (LV). A LV é uma infecção endêmica no Brasil, com cerca de 2 mil casos notificados anualmente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste³. Apresentamos um caso inédito de um paciente com HSD e LV com HIV em bom controle.

RELATO DO CASO

Homem de 46 anos, vivendo com HIV (PVHA), em uso regular de tenofovir, lamivudina e dolutegravir (TARV), com linfócitos CD4 181 células/mm³ e carga viral indetectável, foi atendido com queixa de cefaleia frontal em pontada, de moderada intensidade, intermitente, mas frequente, há 2 meses, com mudança de padrão. Apresentava febre esporádica (39°C), hiporexia e perda ponderal de 4 kg no período. Quinze dias

antes da internação, relatou episódio de epistaxe unilateral à esquerda. Referiu antecedente de etilismo social. Negou tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, apresentava sinais vitais normais, consciente e orientado, afebril, acianótico e anictérico, hipocorado +3+/4. O exame neurológico revelou força grau 4 no membro superior direito (sequela de neurotoxoplasmose prévia). Restante do exame físico normal. Paciente fazia uso de sulfametoxazol-trimetoprima como profilaxia secundária para neurotoxoplasmose, porém a medicação foi suspensa três meses antes da internação. Também usava valproato 1g/dia por crises convulsivas focais devido à sequela de neurotoxoplasmose. Trazia tomografia computadorizada (TC) de crânio que evidenciou hematoma subdural frontotemporoparietal à direita, com apagamento dos sulcos corticais e desvio da linha média de 0,5 cm (figura 1). Negou traumatismo craniano.

Os exames laboratoriais da admissão: hemoglobina 6,6 g%, leucócitos 1.950/mm³ (neutrófilos 877, eosinófilos 214, monócitos 78, linfócitos 643), plaquetas 29.000/mm³, TTPA 1,07 e TAP 1,43, enzimas, função hepática e função renal sem

Correspondente: Letícia Gomes de Alcântara. Endereço: Rua Doutor Ratisbona 171, apto 1002. Email de contato: leticiagomesalc@gmail.com

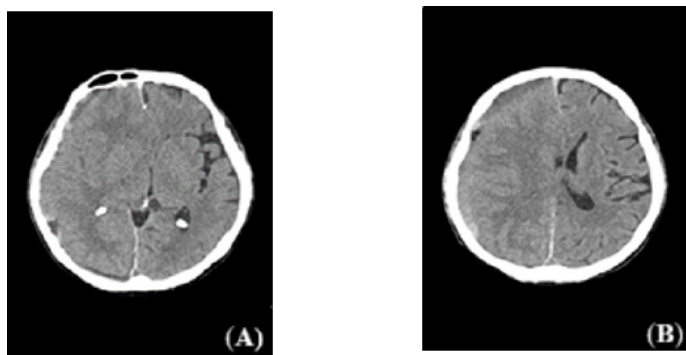
Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse

Recebido em: 6 Ago 2025; Revisado em: 29 Ago 2025; Aceito em: 09 Set 2025

2 Hematoma subdural espontâneo associado à leishmaniose visceral e HIV

alterações. Vitamina B12 169 pg/ml e ácido fólico 6,1 ng/ml. O teste rápido K39 foi positivo. O mielograma evidenciou numerosas formas de leishmanias sp. Iniciou tratamento com anfotericina B lipossomal 4 mg/kg/dia por 10 dias. Com o tratamento, apresentou melhora inicialmente da neutropenia, com recuperação da anemia e da plaquetopenia, após 10 dias do início do tratamento. Pela possível associação com plaquetopenia, o valproato foi trocado pelo levetiracetam. Houve melhora importante das citopenias nos últimos exames (hemoglobina 8,5 g%, leucocitos 6.660/mm³, plaquetas 182.000/mm³).

Figura 1. TC de crânio evidenciando hematoma subdural frontotemporo-parietal à direita. (A) Desvio da linha média no nível dos gânglios da base. (B) Apagamento dos sulcos corticais a direita e dos ventrículos laterais.



Devido ao hematoma subdural à direita com desvio de linha média, realizou ressonância magnética (RM) e angioRM de crânio, que demonstraram hematomas subdurais bilaterais de aspecto crônico, o maior à direita, com desvio da linha média para a esquerda de 1,1 cm (figura 2). Foi submetido a embolização da artéria meníngea média (EAMM) direita após suporte transfusional. Depois da EAMM, o desvio de linha média reduziu para 0,4 cm (figura 3). Pela melhora do desvio de linha média, melhora da cefaleia, ausência de queixas neurológicas e plaquetopenia recorrente nas primeiras semanas do tratamento apesar das transfusões de concentrados de plaquetas, não atingindo contagem acima de 100.000 células/mm³ nas primeiras semanas, a equipe de neurocirurgia do hospital decidiu não drenar os HSDs crônicos, realizando atorvastatina e curso de dexametasona.

Figura 2. RM de crânio. (A) Hematoma subdural a direita com desvio da linha média de 1,1 cm. (B) Hematomas subdurais bilaterais, maior a direita, além de malformação arteriovenosa a esquerda.

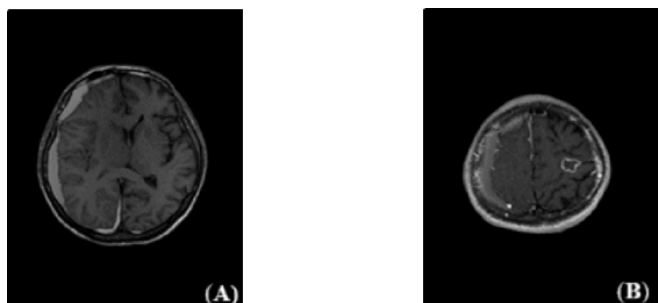
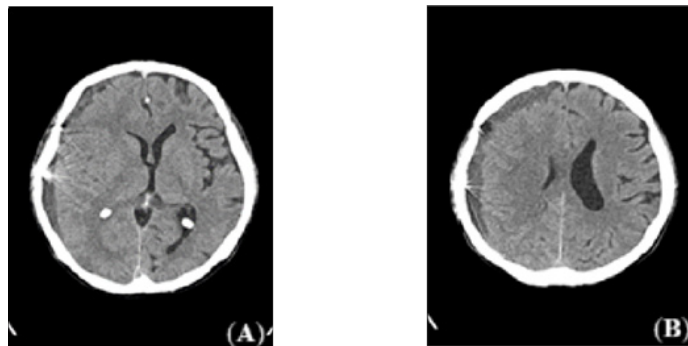


Figura 3. TC de crânio realizada 2 semanas após a embolização. (A) Redução do desvio de linha média ao nível dos núcleos da base. (B) Melhora do apagamento dos ventrículos laterais em comparação com a figura 1.



De outras intercorrências, evoluiu com nova febre alta de 39°C, tosse seca e queda do estado geral. O teste rápido de coronavírus não foi reagente. Realizou TCAR, com achado de nódulo pulmonar com densidade de partes moles espiculado com halo em vidro fosco em ápice do lobo superior esquerdo, de 1,3 x 1,2 x 1,4 cm (CC x LL x AP). Houve crescimento de *S. aureus* meticilina sensível nas hemoculturas. Foi tratado com oxacilina e evoluiu com melhora da febre e do estado geral.

Recebeu alta após 1 mês de internação. No seguimento ambulatorial, o paciente manteve-se assintomático, sem novos episódios de febre ou cefaleia.

Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebeu aprovação do comitê de ética por meio do CAAE 88955925.4.0000.5040.

DISCUSSÃO

O presente caso ilustra uma rara associação entre HSD espontâneo por trombocitopenia secundária a LV em um PVHA em tratamento regular. A pancitopenia foi multifatorial: LV e mielotoxicidade medicamentosa.

A LV é endêmica em várias regiões do Brasil. Os sintomas clássicos são febre, variando entre 37 a 38°C, persistente ou intermitente, podendo apresentar períodos de 1 a 2 semanas de apirexia, distúrbios gastrointestinais (diarreia, disenteria ou obstipação), adinamia, emagrecimento progressivo e hepatoesplenomegalia. A pancitopenia é comum e, em geral, não responde prontamente ao tratamento habitual¹. A pancitopenia pode ocorrer por diversos fatores, como destruição das células pelo parasita, supressão da medula óssea pela infecção crônica, destruição pela esplenomegalia e alterações imunológicas.

O acometimento hematológico envolve sangramentos pela trombocitopenia, ou até condições potencialmente fatais, como a linfocitose hemofagocítica (HLH), que está relacionada a uma predisposição aumentada e à coagulação intravascular disseminada (CIVD)⁴. Apesar da descrição na literatura sobre

3 Hematoma subdural espontâneo associado à leishmaniose visceral e HIV

fenômenos hemorrágicos pela trombocitopenia na LV, relatos associando hemorragia intracraniana espontânea secundária a plaquetopenia por LV não foram encontrados, indicando ser uma apresentação incomum, porém potencialmente fatal.

No HIV, a trombocitopenia é uma manifestação hematológica comum, podendo ocorrer independentemente de outras citopenias em todos os estágios da infecção. Na maioria dos casos, causa apenas pequenos sangramentos². No caso descrito, o paciente estava em supressão viral com uso regular da TARV e apresentou incremento das células sanguíneas após o tratamento da LV, visto que a infecção pelo HIV, provavelmente, não possui relação causal com as citopenias.

A positividade do teste K39 e do mielograma foram decisivos para o diagnóstico de LV, reforçando a necessidade de considerar doenças infecciosas tropicais no diagnóstico diferencial de pacientes imunocomprometidos em áreas endêmicas. O manejo terapêutico da LV no caso incluiu o uso de anfotericina B lipossomal, escolha na coinfeção LV-HIV³. Nesses casos, observa-se maior recidiva de LV, sendo a gravidade, a resposta ao tratamento e o prognóstico relacionados à contagem de linfócitos T CD4+. Portanto, a profilaxia secundária para LV em PHVA é recomendada enquanto os linfócitos T CD4+ estiverem abaixo de 350 células/mm³. A LV também aumenta a susceptibilidade a infecções, sendo igualmente vista no caso apresentado, em que o paciente evoluiu com bacteremia por *S.aureus*¹.

O manejo de casos de hemorragia intracraniana em pacientes plaquetopênicos representa um desafio significativo para os médicos. Não existem ensaios clínicos randomizados em torno de limiares de transfusão de plaquetas em pacientes submetidos a procedimentos neurocirúrgicos eletivos, pois há impasses éticos pelos riscos de hemorragia intraoperatória e pós-operatória no sistema nervoso central. Em cirurgias ou após traumas, é consenso de opinião médica uma contagem plaquetária de pelo menos 50.000 células/mm³ e, devido ao potencial de resultados adversos pelo sangramento intracerebral, em procedimentos neurocirúrgicos é definido por contagem de plaquetas acima de 100.000/mm³. Em contagens entre 50.000 e 100.000/mm³, a decisão de transfundir é baseada na extensão da cirurgia/trauma, capacidade de controlar o sangramento com medidas locais, risco de sangramento, presença de disfunção de plaquetária e outras anormalidades de coagulação¹¹.

No HSD agudo, a intervenção neurocirúrgica de urgência é o tratamento padrão para pacientes sintomáticos com espessura do hematoma acima de 10 mm e desvio de linha média acima de 5 mm. O procedimento mais frequente é a evacuação por craniotomia por orifício de trepanação com colocação de dreno. Contudo, estudos com cirurgia intracraniana em pacientes trombocitopênicos demonstram risco à formação de hematoma (40%) e aumento de morbidade e mortalidade. A EAMM é uma intervenção minimamente invasiva que oblitera o fornecimento de sangue de capilares supridos pela artéria meníngea média, sendo considerada adjunta à neurocirurgia em pacientes com alto risco de recorrência ou considerados inadequados para tratamento cirúrgico devido às circunstâncias específicas, como comorbidades, discrasias sanguíneas, uso de antiplaquetários ou anticoagulantes. Porém, ainda há controvérsias sobre a eficácia desse procedimento, com trabalhos cuja recorrência ou progressão do hematoma em 90 dias foi semelhante entre quem foi submetido à EAMM e quem recebeu os cuidados habituais, contudo, com menor incidência de eventos adversos graves, incluindo morte⁸. Está sendo investigada a possibilidade de a EAMM ser preferível à cirurgia em alguns pacientes, sendo necessários ensaios multicêntricos, randomizados e controlados avaliando sua segurança e eficácia^{6,7}. A dexametasona é controversa quando usada de forma única. Em alguns estudos, reduziu-se a recorrência de HSD crônico, mas falhou quando comparada à cirurgia como tratamento isolado⁷, sendo, inclusive, identificada em outro trabalho maior taxa de complicações e de cirurgia posterior no grupo da dexametasona, com interrupção precoce do ensaio por piores resultados no grupo com dexametasona⁹. A atorvastatina já apresenta estudos com bons resultados enquanto alternativa não cirúrgica, com redução de hematomas e da necessidade de cirurgia em pacientes com HSD crônico, melhorando a função neurológica e a qualidade de vida, porém ainda necessita de mais estudos para fortalecer sua eficácia¹⁰.

Pacientes imunodeficientes tendem a ser candidatos ruins para cirurgia devido à maior chance de complicações infecciosas, e a trombocitopenia piora o prognóstico². Portanto, em coinfeção LV-HIV com emergências neurológicas é essencial realizar uma avaliação minuciosa antes de qualquer intervenção cirúrgica agressiva, optando-se, quando possível, por uma abordagem menos invasiva, como no caso apresentado, em que foi realizada EAMM com sucesso, em associação com a anfotericina B, a dexametasona e a atorvastatina.

REFERÊNCIAS

1. Focaccia R, Siciliano RF, Veronesi R. Tratado de Infectologia. 5. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2015.
2. Rao GR, Subrahmanyam N, Amareswar A. Subdural haematoma: an uncommon presentation of thrombocytopenia in HIV infection. Int J STD AIDS. 2010 Jun, 21(6): 443-5. doi: 10.1258/ijsa.2009.009100.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com coinfeção Leishmania-HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Shi Qi, Huang M, Li X, Zheng X, Wang F, Zou Y, et al. Clinical and laboratory characteristics of hemophagocytic lymphohistiocytosis induced by Leishmania infantum infection. PLoS Negl Trop Dis. 2021 Nov; 15(11): e0009944. doi:10.1371/journal.pntd.0009944.
5. Veras PS, Santana MB, Brodskyn CI, Fraga DB, Solcà MS, Menezes JP, et al. Elucidating the role played by bone marrow in visceral leishmaniasis. Front Cell Infect Microbiol. 2023 Oct; 13: 1261074. doi:10.3389/fcimb.2023.1261074.
6. Burrows EJ, Lee SC, Bangash OK, Phillips TJ, Lee S. Middle meningeal artery

4 Hematoma subdural espontâneo associado à leishmaniose visceral e HIV

embolization for chronic subdural hematoma in a young patient with refractory thrombocytopenia secondary to leukemia: more evidence for a paradigm shift? Illustrative case. *J Neurosurg Case Lessons*. 2023 Feb; 5(9): CASE22273. doi: 10.3171/CASE22273.

7. Scruton TJ. Updates on the diagnosis and management of subdural hematoma. *JAAPA*. 2024 Aug; 37(8): 9-15. doi: 10.1097/01.JAA.0000000000000055.

8. Liu J, Ni W, Zuo Q, Yang H, Peng Y, Lin Z, et al. Middle meningeal artery embolization for nonacute subdural hematoma. *N Engl J Med*. 2024; 391(20): 1901-12, 2024. doi: 10.1056/NEJMoa2401201.

9. Miah IP, Holl DC, Blaauw J, Lingsma HF, Hertog HM, Jacobs B, et al. Dexamethasone versus surgery for chronic subdural hematoma. *N Engl J Med*. 2023 Jun; 388(24): 2230-2240. doi: 10.1056/NEJMoa2216767.

10. Jiang R, Zhao S, Wang R, Feng H, Zhang J, Li X, et al. Safety and efficacy of atorvastatin for chronic subdural hematoma in Chinese patients: a randomized clinical trial. *JAMA Neurol*. 2018 Nov; 75(11): 1338-1346, 2018. doi: 10.1001/jamaneurol.2018.2030.

11. Slichter SJ. Evidence-based platelet transfusion guidelines. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2007: 172-178. doi: 10.1182/asheducation-2007.1.172.

Como citar este artigo/ How to cite this article:

Alcântara LG, Siqueira ETD, Cruz EA, Lima RSA. Hematoma subdural espontâneo associado à leishmaniose visceral e HIV. *J Health Biol Sci*. 2025; 13(1): e5977.