

NOTÍCIAS QUE CUSTAM A ENGOLIR...

NEWS HARD TO SWALLOW...

Autores:

Catarina Alves Fernandes¹, Eduardo Dias Martins²

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) permanece uma problemática relevante no mundo. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é a consequência final da infecção por VIH, que se caracteriza pela contagem de CD4 inferior a 200 células/uL ou presença de doença definidora de SIDA. A candidíase esofágica é uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns em indivíduos infetados por VIH e geralmente manifesta-se com disfagia e odinofagia.

Descrição do caso: Homem de 23 anos recorre por quadro de odinofagia e disfagia com duas semanas de evolução, com agravamento progressivo, associada a anorexia e perda de 15 kg nos últimos dois meses. No exame objetivo apresentava lesão verrucosa no lábio superior, orofaringe ruborizada, sinais de candidose e cheiro fétido, adenopatias nas cadeias cervicais anterior e submandibulares e dor epigástrica. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou extensas placas envolvendo toda a circunferência luminal do esófago sugestivos de candidíase esofágica. Pela suspeita de imunodepressão realizou serologias víricas, apresentando reatividade para anticorpos anti-VIH.

Comentário: A infecção por VIH não tem cura e não há vacinação disponível, permanecendo um obstáculo científico. É fundamental investir na literacia em saúde enquanto prevenção primária, de forma a existirem mais e melhores práticas preventivas, diminuir as comorbilidades relacionadas com a doença e, por sua vez, a morte precoce.

Palavras-chave: VIH; SIDA; candidíase; disfagia; prevenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Human immunodeficiency virus (HIV) infection remains an important problem in the world. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is the final consequence of HIV infection, which is characterized by a CD4 count below 200 cells/uL or the presence of an AIDS-defining illness. Esophageal candidiasis is one of the most common AIDS-defining diseases in HIV-infected individuals and usually presents as dysphagia and odynophagia.

Case description: A 23-year-old male presented with odynophagia and dysphagia with two weeks of evolution, with progressive worsening, associated with anorexia and loss of 15 kg in the last two months. On physical examination, he had a verrucous lesion on the upper lip, a reddish oropharynx, signs of candidiasis and a fetid smell, adenopathies in the anterior cervical and submandibular chains, and epigastric pain. He performed upper digestive endoscopy which revealed extensive plaques involving the entire luminal circumference of the esophagus suggestive of esophageal candidiasis. Due to the suspicion of immunosuppression, he performed viral serologies, showing reactivity for anti-HIV antibodies.

Comment: HIV infection has no cure, and no vaccination is available, remaining a scientific barrier. It is crucial to invest in health literacy as primary prevention, to develop more and better preventive practices, reducing comorbidities related to the disease and, therefore, early death.

Keywords: HIV; AIDS; candidiasis; dysphagia; primary prevention.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) permanece uma problemática relevante no mundo. Em 2021, houve 16.624 novos diagnósticos de VIH em 29 países da Europa, com um rácio de 4,3 por cada 100 000 habitantes, sendo que 40% (6648) ocorreram por transmissão sexual entre homens, a forma de transmissão de VIH mais reportada nesta região.¹

A infecção por VIH pode ocorrer através de relações sexuais, exposição a sangue e transmissão vertical.^{2,3} Os principais fatores de risco para a sua transmissão incluem a carga vírica e, por sua vez, o estadió da infecção, comportamentos sexuais de risco, infeções ulcerativas sexualmente transmissíveis e ausência de circuncisão.^{2,4}

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é a consequência final da infecção por VIH.³ Esta caracteriza-se pela contagem de CD4 inferior a 200

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Nova Mateus, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

2. Médico Interno de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Corgo, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

células/uL ou presença de doença definidora de SIDA – infeções oportunistas ou neoplasias.^{2,5} Entre as doenças definidoras de SIDA destacam-se a pneumonia por *Pneumocystis*, o síndrome consumptivo, a candidíase esofágica, a tuberculose pulmonar e extrapulmonar, a infeção por Citomegalovírus, o sarcoma de Kaposi e a encefalopatia por VIH.^{1,5}

Segundo a *World Health Organization* (WHO) podemos estadiar a infeção VIH/SIDA em infeção primária por VIH, estadio I, estadio II, estadio III ou estadio IV. A infeção primária por VIH pode ser silenciosa durante anos ou manifestar-se inicialmente por um quadro agudo com febre, odinofagia, mialgias, diarreia e cefaleia, muitas vezes sugestiva de um quadro infeccioso como a mononucleose infecciosa, que passará despercebida pela sobreposição clínica com vários outros quadros infecciosos. No estadio I, o indivíduo poderá permanecer assintomático ou apresentar-se com linfadenopatia generalizada persistente. No estadio II, ocorre perda de peso moderada (< 10%), infeções respiratórias recorrentes (como sinusites, amigdalites, faringites e otites), ulcerações orais recorrentes, queilite angular, erupções papulares pruriginosas, herpes zóster, infeções fúngicas ungueais, dermatite seborreica. O nível de alerta deve existir principalmente no estadio III – quando surge uma perda de peso inexplicável (superior a 10%), febre persistente, tuberculose pulmonar, candidíase oral persistente, diarreia crónica, infeções bacterianas graves ou alterações analíticas como anemia e/ou leucopenia e/ou trombocitopenia – e no estadio IV, perante a presença das designadas doenças definidoras de SIDA. Nos estadios III e IV deve ser feito o diagnóstico presuntivo de SIDA/infeção por VIH.^{2,3}

A candidíase esofágica é uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns em indivíduos infetados por VIH e geralmente manifesta-se com disfagia, odinofagia e dor retroesternal.⁶⁻⁸ As causas mais frequentes de disfagia em infetados com VIH são diferentes daquelas normalmente encontradas na prática clínica e consistem numa variedade de infeções oportunistas causadas por *Candida*, Citomegalovírus ou vírus *Herpes simplex*.⁹

Este caso clínico pretende alertar a comunidade médica sobre os diagnósticos diferenciais a considerar em utentes com queixas de odinofagia e disfagia. Perante a presença de achados clínicos sugestivos de um estado de imunodepressão, a infeção por VIH deve ser considerada e pesquisada.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, com 23 anos de idade,

raça caucasiana, 12º ano de escolaridade, trabalha como lojista. Pertence a família nuclear, na fase VI do ciclo de *Duvall*, altamente funcional de acordo com o APGAR familiar de *Smilkstein*, classe média-baixa de *Graffar*, residente em moradia com condições básicas de saneamento.

Como antecedentes pessoais de relevo há a destacar circuncisão aos 15 anos e amigdalites de repetição que culminaram em amigdalectomia em maio de 2022. Medicado recentemente com pantoprazol 40 mg/dia. Apresenta alergia à associação amoxicilina/ácido clavulânico. No que concerne aos estilos de vida tem uma dieta saudável, do tipo mediterrâneo, consumo esporádico de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos com consumo de 1,5 unidades maço-ano e prática de exercício físico duas vezes por semana. Nega consumo de drogas ilícitas. Plano nacional de vacinação atualizado.

O utente agendou consulta programada no centro de saúde no dia 07/07/2023. Através do *SClínico*[®] verificou-se que o utente fora múltiplas vezes ao serviço de urgência, a maioria das vezes por episódios de amigdalite aguda mas há também a destacar: a 20/01/2020 recorreu por tosse hemoptoica com dispneia associada, com dois meses de evolução tendo alta medicado com claritromicina e associação de budesonida com formoterol; a 27/01/2020 e 02/02/2020 recorreu novamente por manutenção do quadro clínico, com febrícula e mialgias generalizadas, mas abandonou o serviço de urgência nas duas situações, sem realizar os exames prescritos nesse local. O último recurso do utente ao serviço de urgência foi dois dias antes da consulta programada, por odinofagia, disfagia e pirose, tendo alta com indicação para toma de pantoprazol e consulta com médico assistente para esclarecimento do quadro clínico.

Na consulta programada o utente referiu quadro de odinofagia e disfagia com cerca de duas semanas de evolução, com agravamento progressivo - inicialmente para alimentos sólidos e posteriormente também com a ingestão de líquidos. Adicionalmente apresentava anorexia e perda de 15 kg (16% de perda) nos últimos dois meses. Negou outra sintomatologia do foro digestivo e do foro génito-urinário, bem como febre e sudorese noturna.

Ao exame objetivo, apresentava pele e mucosas coradas, hidratadas e anictéricas. Normotenso, eufneico e normocárdico, com pulsos simétricos, rítmicos e de amplitude normal. Era visível pequena lesão verrucosa no lábio superior. A orofaringe apresentava-se ruborizada, com sinais de candidose e cheiro

fétido. Eram palpáveis adenopatias nas cadeias cervicais anterior e submandibulares, com cerca de 0,5-1 cm, de consistência mole, móveis e indolores à palpação. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen mole, depressível e doloroso na palpação epigástrica, sem defesa, sem massas ou organomegalias palpáveis. Membros e extremidades sem alterações.

Consideradas as queixas e alterações no exame físico foi proposta a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) ao utente.

Recorreu a consulta programada no dia 12/07/2022 com resultado de EDA com o seguinte relato “Esófago com extensas placas de cor esbranquiçada/amarelada, envolvendo toda a circunferência luminal desde os 23 cm da arcada dentária até ao esófago inferior, difíceis de destacar pela lavagem. Estômago e piloro sem alterações. Conclusão: aspetos endoscópicos sugestivos de candidíase esofágica a caracterizar histologicamente”, como representado na figura 1.

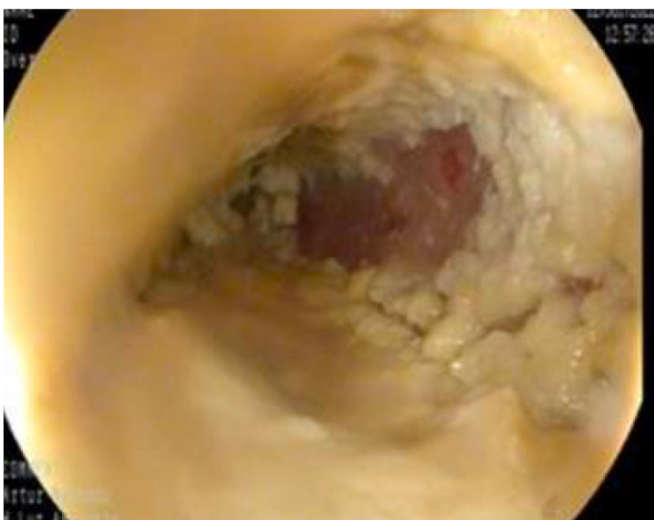


Figura 1. Candidíase esofágica envolvendo todo o lúmen esofágico (A – porção inicial do esófago, B – porção distal do esófago).

Dada a presença de extensa candidíase esofágica e a suspeita de imunodepressão solicitou-se, após obtenção de consentimento verbal esclarecido por parte do utente, estudo analítico com serologias víricas e anticorpos anti-VIH, e indicou-se terapêutica com fluconazol 200 mg durante 14 dias.

A 19/07/2022 recorreu a consulta programada com os resultados das análises pedidas: hemograma e plaquetas sem alterações; leucopenia ($3,40 \times 10^9/L$) linfopenica ($0,43 \times 10^9/L$), proteína C reativa 0,59 mg/dL e velocidade de sedimentação 32 mm/1ª hora; marcadores hepáticos sem alterações; serologias para hepatites víricas negativas; reação VDRL não reativa; anticorpos anti-VIH (VIH 1 + VIH 2) reativo, com contagem de 1389,02 S/CO (resultado confirmado por duplo ensaio).

Assim, colocou-se o diagnóstico de SIDA, no estágio IV, por apresentar candidíase esofágica.

Explicada a situação clínica ao utente este confidencia ter relações sexuais desprotegidas do tipo homossexual, apesar de não ter parceiros sexuais no momento. Após consentimento do utente foi solicitada referenciação com caráter de urgência para consulta de Infeciologia no hospital da área de residência.

COMENTÁRIO

A infecção por VIH tem, ainda hoje, uma enorme expressão mundial. O prognóstico melhorou consideravelmente nas últimas décadas com o investimento na prevenção e com o aparecimento da terapêutica antirretroviral (TAR) e profilática, que permitiu uma diminuição das mortes e morbidade.^{2,5,6,10} No entanto é preciso reforçar que a infecção por VIH não tem cura e não há vacinação disponível, permanecendo um obstáculo científico.^{4,11}

Não há nenhuma abordagem de prevenção que tenha a capacidade de combater a epidemia por si só – é necessário combinar várias intervenções adaptadas às diferentes populações e respetivos ambientes biopsicossociais.¹²

A solução ideal seria o diagnóstico precoce das pessoas infetadas por VIH. A incapacidade de realizar serologias para VIH, de forma regular e seriada, dos indivíduos em maior risco de contrair infecção levanta problemas em relação ao prognóstico da doença, pela inexistência de um diagnóstico de VIH o que leva a um atraso na introdução de terapêutica antirretroviral, mas também se torna uma questão de saúde pública, uma vez que os indivíduos com infecção VIH e não tratados são agentes de transmissão e propagação da infecção.

A prevenção primária pressupõe práticas de prevenção de doença em indivíduos suscetíveis. Assim, em primeiro lugar, é fundamental investir na literacia em saúde enquanto prevenção primária, de forma a existirem mais e melhores práticas preventivas, diminuir as comorbilidades relacionadas com a doença e, por sua vez, a morte precoce. Urge atuar nas mudanças comportamentais, como forma de diminuição da propagação da infeção por VIH, como o uso consistente de preservativo que diminui o risco de transmissão ou aquisição de VIH pelo sexo, optar por relacionamentos monogâmicos, não compartilhar agulhas e/ou seringas.³

Em segundo lugar, deve ser aplicado na prática clínica um rastreio ativo mais frequente com um teste rápido ou estudo analítico com serologias VIH, após obtenção de um consentimento informado, esclarecido e voluntário para a sua realização, principalmente se houver comportamentos de risco como, por exemplo, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo e indivíduos que usam drogas injetáveis.¹³

A nível farmacológico existe a profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição ao VIH (PEP). A PrEP é uma forma de tratamento profilático, que deve ser administrada a pessoas seronegativas para o VIH, antes de um comportamento de risco. A PEP deve ser administrada em indivíduos 24 a 72 horas após exposição ao VIH.^{14,15}

Por último, mas não menos importante, existe a TAR nas situações em que o indivíduo está infetado pelo VIH.¹¹ O tratamento precoce beneficia não só o indivíduo infetado como a sociedade envolvente, uma vez que, com a TAR se suprime a carga vírica e, por sua vez, o risco e probabilidade de transmissão. As armas terapêuticas atualmente disponíveis mudaram o paradigma quanto à sobrevida e à qualidade de vida destes doentes, motivo pelo qual o diagnóstico precoce assume um papel ainda mais determinante.

O médico de família, pela proximidade que tem com os utentes, deve explorar frequentemente os antecedentes pessoais, a medicação em curso e os hábitos de vida, sejam alcoólicos, tabágicos, alimentares ou sexuais, bem como solicitar os exames de rastreio preconizados, de acordo com a melhor evidência científica, e implementar medidas preventivas e promotoras de saúde.

O estigma e a discriminação social continuam a ser barreiras na sociedade e o médico de família deve ter a capacidade de desmistificar tabus e deve empoderar os utentes, consciencializando-os sobre o que é o VIH e a SIDA.

Perante uma clínica arrastada de odinofagia e disfagia com agravamento progressivo, deve excluir-se a presença de uma infeção oportunista, como a candidíase esofágica. Com este caso clínico, os autores pretendem transmitir, como mensagem final, a importância de descartar uma infeção por VIH na presença de uma clínica altamente sugestiva de imunodepressão, como são exemplo as infeções oportunistas e perda de peso inexplicável.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- HIV/AIDS surveillance in Europe 2022. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-joint-report-surveillance-2021-data>
- 2- Wood BR. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents; UpToDate [Internet]. [consultado em fevereiro de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents>
- 3- Scutchfield FD, Benenson AS. AIDS update. Postgrad Med. 1989;85(4):289-301.
- 4- Hahn A, Hinz R, Meyer T, Loderstädt U, Herchenröder O, Meyer CG, et al. HIV prevention strategies and risk of infection: a model-based analysis. Epidemiol Infect. 2018;146(8):1015-25.
- 5- Porter K, Fairley CK, Wall PG, Evans BG, Goldberg DJ, Weerasuriya M, et al. AIDS defining diseases in the UK: the impact of PCP prophylaxis and twelve years of change. Int J STD AIDS. 1996;7(4):252-7.
- 6- Mocroft A, Oancea C, van Lunzen J, Vanhems P, Banhegyi D, Chiesi A, et al. Decline in esophageal candidiasis and use of antimycotics in European patients with HIV. Am J Gastroenterol. 2005;100(7):1446-54.
- 7- Cassone A, Cauda R. Candida and candidiasis in HIV-infected patients: where commensalism, opportunistic behavior and frank pathogenicity lose their borders. AIDS. 2012;26(12):1457-72.
- 8- Vazquez JA. Invasive oesophageal candidiasis: current and developing treatment options. Drugs. 2003;63(10):971-89.
- 9- Connolly GM, Hawkins D, Harcourt-Webster JN, Parsons PA, Husain OA, Gazzard BG. Oesophageal symptoms, their causes, treatment, and prognosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Gut. 1989;30(8):1033-9.
- 10- Davaro RE, Thirumalai A. Life-threatening complications of HIV infection. J Intensive Care Med. 2007;22(2):73-81.
- 11- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. Reflections on 40 Years of AIDS. Emerg Infect Dis. 2021;27(6):1553-60.
- 12- Antela A, Azcoaga A, Sampedro E, Poveda T. Primary prevention. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2018;36(Suppl 1):31-4.
- 13- Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Norma de Orientação Clínica no 058/2011 de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014. Lisboa: Ministério da Saúde; 2014.
- 14- Rietmeijer K. Prevention of sexually transmitted infections; UpToDate [Internet]. [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-sexually-transmitted-infections>
- 15- O'Byrne P, Jacob JD. The Evolution of HIV Prevention: From Discipline to Control. ANS Adv Nurs Sci. 2019;42(4):E1-E10.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse e de financiamento.

CORRESPONDÊNCIA:

Catarina Alexandra Alves Fernandes
catalvesfernandes@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

CAAF: Cumpre os quatro critérios de autoria da ICMJE.
EHDM: Cumpre os quatro critérios de autoria da ICMJE.

RECEBIDO: 11 de setembro de 2023 | ACEITE: 8 de abril de 2024