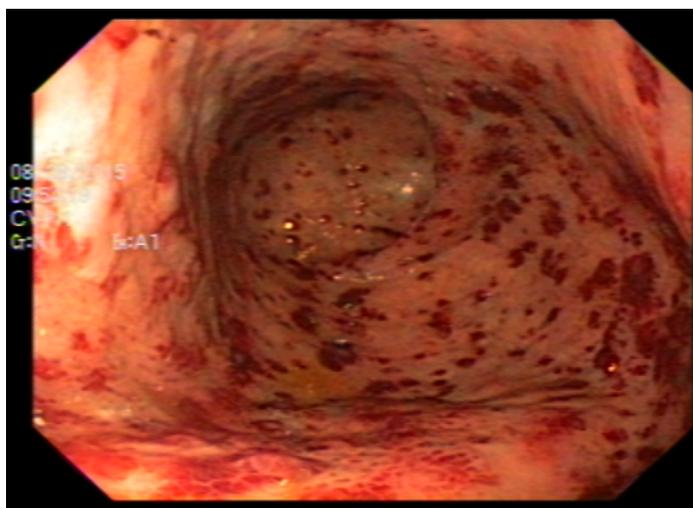


ODINOFAGIA EM PACIENTE HIV-POSITIVO

ODYNOPHAGIA IN A HIV-POSITIVE PATIENT

Rubens Cópia Sperandio¹, Eduardo Martelli Moreira², Juliane Carla Seganfredo², Marcelo Eiji Konaka², Sandra Teixeira², João Beenke França²

Caso Clínico: Homem, 39 anos, com diagnóstico recente de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), com CD4 de 112 células/mm³, em uso de tenofovir, lamivudina e efavirenz, foi admitido no Hospital de Clínicas por insuficiência renal aguda provavelmente relacionada a antirretroviral. Durante internamento, queixava-se de odinofagia, febre noturna, linfonodomegalia generalizada, pancitopenia, e lesões violáceas em membros inferiores, além de relatos de perda de peso. Feito um curso de 7 dias de fluconazol, sem melhora clínica. Realizado então endoscopia digestiva alta, que mostrou a seguinte imagem.



Qual o diagnóstico?

- a) Candidíase esofágica
- b) Infecção por citomegalovírus (CMV)
- c) Infecção por Herpes Simplex Vírus (HSV)
- d) Ulceração esofágica idiopática associada ao HIV
- e) Sarcoma de Kaposi

1. Acadêmico de medicina, Universidade Federal do Paraná - UFPR
2. Hospital de Clínicas da UFPR, Curitiba, Brasil

Contato do Autor / Mail to:

Rubens Sperandio - rubens.sperandio@hotmail.com

Rua General Carneiro, 181 - Alto da Glória Curitiba - PR, 80060-900, 3º Andar, Serviço de Clínica Médica

RESPOSTA E – Sarcoma de Kaposi

O trato gastrointestinal (TGI) é frequentemente acometido por doenças nos pacientes infectados pelo HIV. Queixas gastrointestinais como disfagia, odinofagia, hipo/anorexia, perda ponderal, dor abdominal e diarreia costumam ser manifestações comuns². A endoscopia digestiva alta (EDA) é um dos principais exames para investigação destes quadros, uma vez que permite visualização direta da porção superior do TGI e a realização de biópsias para a análise histopatológica¹.

O **sarcoma de Kaposi** é uma neoplasia que se manifesta na forma de nódulos, placas ou pólipos eritemato-violáceos, de localização submucosa. Histologicamente, é composta por células fusiformes e irregulares espaços denteados, com células endoteliais atípicas. Também podem ser evidenciados eritrócitos extravasados, hemossiderina e glóbulos eosinofílicos intracitoplasmáticos. Por estar relacionada ao herpes vírus humano 8 (HHV-8), técnicas de imunofluorescência que permitam sua identificação podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento desta condição envolve via de regra a implementação ou otimização da terapia antirretroviral associada a quimioterapia quando há envolvimento visceral¹.

A **candidíase esofágica** se apresenta endoscopicamente na forma de placas esbranquiçadas ou amareladas, com eritema da mucosa circunjacente, dispostas sobre uma camada mucosa previamente intacta. As placas podem ser isoladas, confluentes e/ou circunferenciais. Na análise histopatológica da candidíase esofágica, podem ser encontradas pseudomembranas e infiltrados neutrofílicos, e o agente etiológico pode ser visualizado como células germinativas de leveduras e pseudohifas¹.

O **CMV** é o agente oportunista mais comum em pacientes infectados pelo vírus HIV, acometendo mais frequentemente o esôfago e cólon. Tipicamente visualiza-se uma ulceração em esôfago distal, variando desde

pequena, discreta e superficial a grande e profunda, por vezes aparente apenas como tecido de granulação. Mais raramente, o CMV pode cursar com uma obstrução da luz do esôfago, por uma lesão de massa ou um pseudotumor inflamatório. A biópsia pode revelar células aumentadas em tamanho (10-15 μm), com inclusões nucleares fortemente eosinofílicas, cercadas por um halo claro, e pequenas inclusões citoplasmáticas basofílicas, podendo causar um aspecto granular à microscopia óptica. Outros possíveis achados incluem vasculite necrotizante e hiperplasia regenerativa da mucosa. Em casos de infecção latente, técnicas anatomopatológicas como imunohistoquímica, hibridização *in situ* por fluorescência (FISH) e reação em cadeia da polimerase (PCR) podem ser empregadas e aumentar a sensibilidade da investigação¹.

Infecção por HSV é outra possibilidade diagnóstica que deve ser considerada. À endoscopia, caracteriza-se pela presença de vesículas e ulcerações, geralmente circulares, múltiplas, bem delimitadas, uniformes e menores que aquelas causadas pelo CMV. Seus achados histopatológicos são mais evidentes em biópsias de tecido proveniente das bordas das lesões. Podem ser identificados sinais de inflamação aguda e crônica com infiltrados neutrofílico e histiocitário, necrose e alterações nucleares causadas pelo efeito citopático do vírus¹.

Úlceras esofágicas de grandes proporções, irregulares, geralmente localizadas em terços médio e distal do esôfago, nas quais a identificação de um agente etiológico não é possível, fortalecem a hipótese diagnóstica de **ulceração esofágica idiopática associada ao HIV**. Esses casos costumam cursar com odinofagia grave e importante perda de peso. Frequentemente, são responsivos à corticoterapia ou ao uso de talidomida. Endoscopicamente, essas lesões remetem àquelas encontradas na esofagite por CMV; no entanto, são mais profundas e solitárias. A análise histopatológica revela infiltrados inflamatórios mistos e inespecíficos, com presença de eosinófilos proeminentes e tecido de granulação¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhajjee F, Subramony C, Tang SJ and Pepper DJ. Human immunodeficiency virus-associated gastrointestinal disease: common endoscopic biopsy diagnoses. *Patholog Res Int*. 2011;2011:247923.
2. Thompson T, Lee MG, Clarke T, Mills M, Wharfe G and Walters C. Prevalence of gastrointestinal symptoms among ambulatory HIV patients and a control population. *Ann Gastroenterol*. 2012;25:243-248.