

Doença inflamatória intestinal como causa de diarreia crônica em paciente infectado pelo HIV – Relato de caso e revisão da literatura

Inflammatory bowel disease causing chronic diarrhea in HIV – seropositive patient

Eliana Cardoso de Faria Médica¹, Sílvia Hees de Carvalho²

RESUMO

Relata-se o caso clínico de um paciente portador do HIV que nunca apresentou doença definidora de AIDS, com diarreia crônica. O diagnóstico obtido por meio de biópsia intestinal foi de retocolite ulcerativa. Este relato alerta os médicos sobre a importância da inclusão de doenças não-infecciosas e não-opportunistas no diagnóstico diferencial de diarreia crônica no paciente infectado pelo HIV.

Palavras-chave: Gastroenterite; Colite Ulcerativa; Diarreia; Soropositividade para HIV.

ABSTRACT

This is a case-report of an HIV – infected patient who was admitted to hospital with chronic diarrhea. The diagnosis obtained by intestinal biopsy was ulcerative colitis. After initiating treatment with prednisone, the patient's symptoms improved. This case-report should alert the clinicians to the importance of including non- infectious and non- opportunistic pathologies in the differential diagnosis of chronic diarrhea in a patient infected with the HIV.

Key words: Gastroenteritis; Colitis, Ulcerative; Diarrhea; HIV Seropositivity.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de diarreia em pacientes HIV positivo constitui problema de muita importância, tanto pela sua elevada frequência quanto pela sua morbidade. Entre os pacientes com AIDS nos EUA, 30 a 60% apresentam diarreia, número que alcança até 95% em países em desenvolvimento.¹

Quadros diarreicos podem estar presentes ao longo de todo o curso da infecção pelo HIV, surgindo como sintoma inicial ou como parte da síndrome consumptiva relacionada ao HIV, já indicando imunodeficiência avançada. Sabe-se que um patógeno pode ser identificado em 50–85% dos pacientes HIV positivo com diarreia, especialmente em homossexuais masculinos e naqueles com diarreia prolongada.¹ Os principais agentes oportunistas identificados entre esses pacientes são *Cytomegalovirus*, *Cryptosporidium spp*, complexo *Mycobacterium avium* e *Enterocytozoon bieneusi*, este último responsável por 90% dos casos de microsporidiose em pacientes com AIDS.² Vários medicamentos usados por pacientes HIV positivo podem causar diarreia, em especial os inibidores de protease. Portanto, a avaliação do paciente deve iniciar-se com a obtenção da história clínica atual, verificando-se a existência

Recebido em: 09/06/2005
Aprovado em: 05/04/2006

Instituição:
Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG, Belo Horizonte
– MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Av Dr.Cristiano Rezende, 2.213
Bairro Bom Sucesso, Barreiro de Cima
Belo Horizonte – MG, Brasil
E-mail: ecardosofaria@aol.com

ou não de associação entre o início da diarreia e o uso de antirretrovirais. A investigação diagnóstica deve incluir exame parasitológico em três amostras de fezes e coprocultura. Na presença de febre, é mandatória a realização de hemocultura. Procedimentos invasivos, como a retossigmoidoscopia e a colonoscopia, estão indicados quando a propedêutica inicial não permite estabelecer o diagnóstico etiológico.²

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 23 anos, leucoderma, homossexual, cabeleireiro, procedente de Contagem-MG.

Apresentou diagnóstico de infecção pelo HIV em 1998 e estava em uso regular de AZT, DDI e nelfinavir. Nunca apresentou contagem de CD4⁺ abaixo de 300 células/mm³ nem doença definidora de AIDS até então. Foi admitido com quadro de diarreia líquida com evolução de uma semana, mais de oito episódios/dia, com aspecto de “borra-de-café”. Queixava-se também de dor abdominal em cólica, mais intensa em fossa ilíaca esquerda, tenesmo e perda de peso. Negava febre.

O paciente relatava episódios anteriores de diarreia durante situações de estresse emocional, com história de internação em 1994 devido à diarreia crônica. Negava uso de drogas ilícitas ou etilismo. Apresentava história familiar positiva para câncer intestinal. Ao exame físico, mostrava-se consciente e lúcido, emagrecido, normocorado, anictérico, acianótico, hidratado e sem edemas.

PA 100 X 70 mmHg FC 80 bpm, extremidades bem-perfundidas, pulsos cheios e amplos, FR 14 irpm, murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

Abdômen flácido, ligeiramente doloroso, com dor discretamente mais intensa em fossa ilíaca esquerda. Ausência de visceromegalias.

Exames laboratoriais iniciais: CD4⁺ – 917 células/mm³ carga viral < 80 cópias, Hb: 13,9 g/%, Ht: 42%, leucócitos: 13.800 células/mm³, com contagem diferencial normal, plaquetas: 136.000/mm³, glicose: 120 mg%, ureia: 23mg%, creatinina: 0,8 mg% sódio: 135 mEq/L, potássio: 3,7 mEq/L, fosfatase alcalina 262 U/L, exame parasitológico de fezes com três amostras negativas, coprocultura negativa.

Durante a internação, o paciente evoluiu com exacerbação da diarreia, surgimento de hematocúezia e picos febris intermitentes de 38°C. Devido

à piora clínica, iniciou-se terapia empírica com ciprofloxacino e realizaram-se os seguintes exames: ultrassonografia abdominal, que evidenciou espessamento da parede jejuno-ileal, com formação de nível líquido, sugestivo de processo inflamatório intestinal; retossigmoidoscopia: ânus centrado, sem protrusão, tônus preservado. Grande quantidade de muco, mucosa de coloração normal, com pequena friabilidade e sem ulcerações. A biópsia retal constatou retite crônica agudizada. A colonoscopia revelou úlceras confluentes, intenso edema de mucosa, friabilidade, erosões, pseudopólipos e muitas lesões com sangramento ativo e escasso. Marcante gradiente distal das lesões, compatível com retocolite ulcerativa grave. Biopsias colônicas: colite crônica moderada a acentuada em atividade.

Iniciou-se então tratamento específico com sulfasalazina, mas o paciente desenvolveu reação de hipersensibilidade grave a esse medicamento, sendo necessária a sua substituição por azatioprina, que levou a quadro de constipação intestinal. Evoluiu com melhora progressiva com o uso de prednisona.

DISCUSSÃO

O caso clínico descrito refere-se a paciente infectado pelo HIV, com boa imunidade, em uso regular de antirretrovirais, apresentando quadro de diarreia crônica agudizada.

Convém ressaltar que vários medicamentos utilizados por pacientes HIV positivo podem causar diarreia, em especial os inibidores de protease, particularmente o nelfinavir. A diarreia, neste caso, não sugeria tratar-se de efeito colateral do antirretroviral, pois suas características eram de acometimento intestinal do tipo baixo, sugestivo de enterocolite. O diagnóstico diferencial de colite no paciente HIV positivo inclui causas infecciosas que, algumas vezes, podem seguir curso mais arrastado, como shigelose, salmonelose e colite amebiana. A citomegalovirose e o sarcoma de Kaposi são causas de colite na imunossupressão avançada. Entre as causas não-infecciosas de enterocolite incluem-se as doenças inflamatórias intestinais. No paciente em questão, a pesquisa para agentes infecciosos foi negativa e, pela biópsia intestinal, estabeleceu-se o diagnóstico de retocolite ulcerativa. No presente, pensa-se que mecanismos imunológicos estejam envolvidos na

gênese e perpetuação da inflamação nas doenças inflamatórias intestinais no paciente imunocompetente, com estimulação atípica de células CD4⁺ pelos enterócitos.³ Ainda não está estabelecido o efeito da infecção pelo vírus HIV sobre a evolução das doenças inflamatórias intestinais. Acredita-se não haver relação entre o grau de atividade da colite ulcerativa e a infecção pelo HIV.⁴ Outros autores reportam que a infecção pelo HIV influencia o curso das doenças inflamatórias intestinais^{5,6} e que estas permanecem ativas nos estádios precoces da infecção pelo HIV, quando ainda não ocorreu queda significativa de CD4⁺, podendo tornar-se inativas com a depressão acentuada do sistema imune.⁷ O presente relato alerta para a necessidade de se incluir as doenças inflamatórias intestinais no diagnóstico diferencial das diarreias em paciente HIV positivo.

REFERÊNCIAS

1. Merigan CT, Bartlett JG, Bolognesi D. Gastrointestinal manifestations of HIV disease. In: Merigan CT, Bartlett JG, Bolognesi D, editors. Textbook of AIDS Medicine. Baltimore, Md.: Williams & Wilkins; 1999. cap.33, p. 537-65.
2. Oldfield EC 3rd. Evaluation of chronic diarrhea in patients with human immunodeficiency virus infection. Rev Gastroenterol Disord. 2002;2:176-88.
3. Daniel KP Inflammatory Bowel Disease. N Engl J Med. 2002; 347:417-27.
4. Bernstein CN, Snape JW. Active Idiopathic Ulcerative colitis in patient with ongoing HIV related immunodepression. Am J Gastroenterol. 1990; 86:907-9.
5. Franke M, Kruis W, Heitz W. First manifestation of ulcerative colitis in a patient with HIV infection. Gastroenterology. 1990; 98:544-5.
6. Sharpstone DR, Duggal A, Gazzard BG. Inflammatory bowel disease in individual seropositive for the human immunodeficiency virus. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1996 Jun; 8(6):575-8.
7. Yoshida EM, Chan NH, Herrick RA, Amar JN, Sestak PM, Willoughby BC, *et al.* Human immunodeficiency virus infection, the acquired immunodeficiency syndrome, and inflammatory bowel disease. J Clin Gastroenterol. 1996; 23:24-8.