

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA RELATO DE UM CASO

Paulo Miguel de Mesquita, Hélio M. Souza, Antonio Carlos O. Menezes e Aluizio Prata

Até março de 1983 haviam sido diagnosticados nos Estados Unidos da América do Norte 1.363 casos da síndrome imunodeficiência adquirida, a qual foi assinalada em outros 18 países (W Johnson: comunicação pessoal, 1983).

Em fevereiro de 1983 fomos procurados no Hospital São Paulo, em Uberaba (Minas Gerais) por paciente do sexo masculino, 31 anos, branco, solteiro, figurinista, natural de Uberaba e residente em São Paulo. Relatava que há 6 meses apresentava febre, sudorese noturna, diarreia, perda de peso, fadiga e lesões cutâneas nos membros inferiores. Os sintomas tiveram seu início quando se encontrava, em viagem, nos Estados Unidos. O paciente era bissexual e não era viciado em drogas; esporadicamente as utilizou, entretanto, nunca por via parenteral. A história pregressa revelava amebíase intestinal, blenorragia, lues e herpes peniano. Ao exame físico, sinais de desnutrição e lesões em forma de placas vinhosas, disseminadas – inicialmente, nos membros inferiores (Fig. 1) e posteriormente também, nos superiores. Linfonodo cervical de cerca de 0,5 cm de diâmetro e outro na região inguinal.

Dos exames complementares efetuados os mais importantes revelaram: Hemograma: hemácias $3,8 \times 10^6/\text{mm}^3$; hemoglobina 11,6g; hematócrito 35%; leucócitos $2.800/\text{mm}^3$ (2% metamielócitos neutrófilos; 26% bastonetes neutrófilos; 42% segmentados neutrófilos; 1% eosinófilos; 25% linfócitos; 4% monócitos). Hemossedimentação: 1ª hora: 75mm e 2ª hora: 105mm. Plasma: IgG: 318,2 mg%, IgM: 186,1mg%, IgA: 219,6mg%. Fator anti-nuclear: negativo. Pesquisa de células LE: negativa. Reação de Widal: negativa. Anticorpos anti-citomegalovirus (CMV): fixação de complemento reagente até 1/16; imunofluorescência para anti-CMV: IgG reagente e IgM não reagente. Exame parasitológico: negativo, inclusive para pesquisa de *Cryptosporidium*. Linfócitos no sangue periférico: em $4.500 \text{ leucócitos}/\text{mm}^3$, 46,8% de linfócitos, sendo 81% de linfócitos T e 19% de linfócitos



Fig. 1 – Sarcoma de Kaposi. Lesões em forma de placas.

B. Cultura de linfócitos: revelou índices de transformação blástica, com estimulação por fitohemaglutinina de 6 a 17, respectivamente em plasmas autólogo e homólogo (normal seria no mínimo de 40). Cultura paralela de indivíduo controle considerado normal, teve índice de transformação blástica de 225. Biópsia de lesão de pele do membro inferior (Fig. 2 e 3) epiderme com acantose, granulose e hiperqueratose discretas; derma superficial com capilares dilatados, em sua maioria aparentemente vazios, com endotélio intumescido, citoplasma escasso, núcleos fusiformes, protrudindo nos lumes; a sua volta uma ou duas camadas de células de núcleos alongados ou ovóides, maiores que os das células endoteliais, cromatina uniformemente distribuída e com nucléolos pequenos e únicos. Em torno dos capilares sanguíneos, ar-

teríolas e vênulas das adjacências há infiltrados mononucleares; aparentemente linfócitos e macrófagos, os últimos com pigmento de hemossiderina. Anexos cutâneos e tela subcutânea sem alterações. Conclusão: quadro sugestivo de sarcoma de Kaposi.



Fig. 2 - Sarcoma de Kaposi. Biopsia de pele.

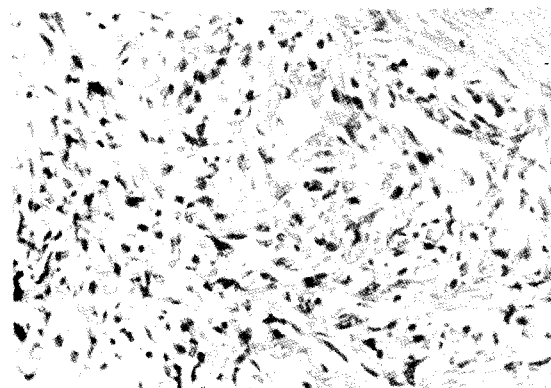


Fig 3 - Sarcoma de Kaposi. Biopsia de pele. Maior aumento.

O quadro agravou-se progressivamente com debilidade geral, acentuada perda de peso e diarreia incontrolável. O paciente chegou a ter mais de 20 evacuações diárias com fezes amareladas, odor pútrido, sobrenadando na água. O óbito ocorreu dez meses após o início da doença.

Diante dos achados clínicos e laboratoriais nos quais eram evidentes: 1) as lesões cutâneas sugestivas da doença de Kaposi (sarcoma múltiplo idiopático hemorrágico); 2) a deficiência imunológica e 3) a diarreia incontrolável, o quadro nos parece se sobrepôr ao descrito na síndrome de imunodeficiência adquirida.

Este é, ao que nos parece, o primeiro caso de diagnóstico da referida síndrome publicado no Brasil. Deve-se, entretanto, frisar que o paciente provavelmente a adquiriu fora de nosso país.

Seria, em nosso entender, conveniente pesquisar a existência de outros casos bem como tomar medidas de precaução como as indicadas recentemente por Masci e cols.¹.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Masci JR, Nicholas P. Precautions recommended in treating patients with AIDS. The England Journal of Medicine 308: 156, 1983.