Achados à endoscopia digestiva alta em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Upper digestive endoscopy findings in human immunodeficiency virus patients (HIV)

JULIANA WEIDLICH SOMMER – Médica gastroenterologista, ex-residente do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
GILMARA COELHO MEINE – Médica gastroenterologista, ex-residente do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
LUCIANA ARNT FRANKE – Médica gastroenterologista, ex-residente do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
ANDREA RIBEIRO DE SOUZA – Médica gastroenterologista, ex-residente do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
CRISTIANE VALLE TOVO – Chefe do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Mestre em Gastroenterologia. Doutora em Hepatologia.

Serviço de gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

✉ Endereço para correspondência:
Cristiane V. Tovo
Rua Aurélio Bittencourt 115/201
Porto Alegre – RS
90430-080
cris.tovo@terra.com.br

SINOPSE

Introdução e objetivos: Complicações gastrintestinais são cada vez mais reconhecidas como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). O objetivo deste estudo foi avaliar as indicações e a prevalência de achados endoscópicos em pacientes com HIV +.

Pacientes e métodos: Foram avaliados prospectivamente 55 pacientes (43 homens e 12 mulheres) com diagnóstico de HIV +, com idade média de 36 anos, que foram submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA). Foram avaliadas: indicações para a realização da EDA, manifestações clínicas, medicações em uso e achados endoscópicos.

Resultados: As indicações mais freqüentes foram dor epigástrica (34,5%) e vômitos (34,5%). Nos pacientes com diagnóstico confirmado de SIDA, foram freqüentes as manifestações de doenças (oportunistas ou não), como candidíase oral (49%), diarréia (45,4%) e tuberculose (30,9%). As medicações mais comumente utilizadas foram os antibióticos (41,8%), os anti-retrovirais (32,7%) e os antifúngicos (21,8%). Os achados endoscópicos mais freqüentes foram: EDA normal (25,4%), gastrite (20%), esofagite (20%), candidíase esofágica (18,1%), e úlceras esofágicas (16,3%).

Conclusões: Na amostra estudada, não foi encontrado nenhum caso de neoplasia ou de úlcera gastroduodenal. EDA normal ou com alterações não relacionadas ao HIV foi observado na maioria dos casos.

UNITERMOS: HIV, SIDA, Esofagite, Gastrite, Endoscopia Digestiva Alta.

ABSTRACT

Indroduction and objectives: *Gastrointestinal complications are increasingly recognized as a major cause of morbidity and mortality in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The aim of this study was to assess the indications and prevalence of endoscopy findings in HIV + patients.*

Patients and Methods: *Fifty-five patients (43 males and 11 females), with HIV + tests, mean age 36 years, were examined by upper endoscopy. We evaluated: upper endoscopy indications, clinical manifestations, drugs used in treatment and endoscopy findings.*

Results: *The most common indications were epigastric pain (34,5%) and vomiting (34,5%). In AIDS patients, some diseases (opportunistic or not) were frequent, like oral candidiasis (49%), diarrhea (45,4%) and tuberculosis (30,9%). The drugs used were antibiotics (41,8%), anti-retroviral agents (32,7%) and antifungal agents (21,8%). The more frequent endoscopic findings were: normal esophagogastoduodenoscopy (25,4%), gastritis (20%), esophagitis (20%), candidal esophagitis (18,1%), esophagic ulcers (16,3%).*

Conclusions: *In the studied sample, it was not found any case of neoplasia or gastroduodenal ulcer. Normal upper endoscopy of with inespecific alterations was observed in the majority of cases.*

KEY WORDS: *HIV, AIDS, Gastritis, Esophagitis, Upper Endoscopy.*

INTRODUÇÃO

Complicações gastrintestinais são reconhecidas como causa de morbidade e mortalidade em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). O esôfago representa um dos principais órgãos-alvo tanto para infecções oportunistas como para neoplasias nestes pacientes. Aproximadamente um terço dos pacientes com SIDA desenvolverão sintomas esofágicos (disfagia, odinofagia) em algum momento no curso da sua doença. Além disso, o desenvolvimento de esofagite oportunista pode ser um fator preditivo de pior prognóstico em longo prazo, refletindo a imunodeficiência severa subjacente, como sugerido em estudos realizados no período pré-anti-retrovirais. (1,2).

Este estudo tem como objetivo avaliar as indicações de endoscopia digestiva alta (EDA) e a prevalência de alterações endoscópicas em pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV).

PACIENTES E MÉTODOS

Foram avaliados prospectivamente todos os pacientes encaminhados ao Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição, com diagnóstico de HIV positivo, no período de janeiro /1997 a junho /2000.

Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo examinador.

As indicações para a realização de EDA, manifestações clínicas, medicações em uso e achados endoscópicos foram pesquisados.

Biópsias foram realizadas em pacientes que apresentassem lesões durante o exame endoscópico.

A pesquisa de *Helicobacter pylori (H. pylori)*, quando necessária, foi realizada através de gastroteste e/ou exame anátomo-patológico.

RESULTADOS

Cinqüenta e cinco pacientes foram avaliados. Desses, 43 eram homens e 12, mulheres. A média de idade foi 36 anos (14 a 63 anos).

As indicações mais freqüentes para realização de EDA foram dor epigástrica em 19 pacientes (34,5%), vômitos em 19 (34,5%), disfagia em 17 (30,9%) e odinofagia em 17 (30,9%) (Figura 1).

Tabela 1

Achados à endoscopia digestiva alta*	n (%)
Exame normal	14 (25,4%)
Esofagite péptica	11 (20%)
Gastrite	11 (20%)
Candidíase esofágica	10 (18,1%)
Úlcera esofágica	9 (16,3%)
Hérnia hiatal	5 (9%)
Duodenite	4 (7,3%)
Varizes esofágicas	2 (3,6%)
Gastropatia portal hipertensiva	1 (1,8%)

***** Em 12 pacientes havia mais de 1 lesão concomitante.

Quarenta e oito pacientes (87,2%) tinham diagnósticos confirmados de SIDA, havendo a manifestação de doenças como candidíase oral em 27 pacientes (49,0%), diarréia em 25 (45,4%), tuberculose em 17 (30,9%), além de sintomas como febre em 21 (38,1%) e emagrecimento em 19 (34,5%).

As medicações comumente utilizadas foram antibióticos em 23 pacientes (41,8%), anti-retrovirais em 18 (32,7%) e antifúngicos em 12 (21,8%).

Em relação aos achados endoscópicos, EDA normal foi observada em 14 pacientes (25,4%), esofagite péptica em 11 (20,0%), gastrite em 11 (20,0%), candidíase esofágica em 10 (18,1%), úlceras esofágicas em 9 (16,3%), hérnia de hiato em 5 (9,0%), duodenite em 4 (7,3%), varizes esofágicas em 2 (3,6%) e gastropatia portal hipertensiva em 1 (1,8%). Nenhum paciente apresentava úlcera gastroduodenal, ou neoplasias (Tabela 1).

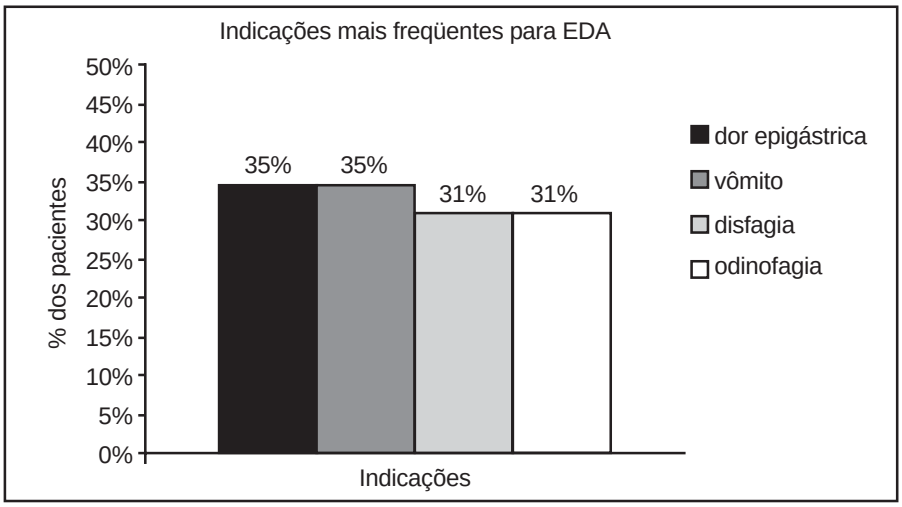


Figura 1.

Dentre os 55 pacientes examinados, 20 (36,3%) foram submetidos à biópsias de lesões suspeitas, tendo como resultado anátomo-patológico a presença de esofagite em 7 (12,7%), gastrite crônica em 5 (9,0%), candidíase esofágica em 3 (5,4%), inflamação crônica duodenal em 3 (5,4%) e citomegalovírus em 2 (3,6%). A pesquisa de *H. pylori* foi realizada em 6 casos (três casos de duodenite erosiva e 3 casos de gastrite erosiva), sendo negativa em todos.

Nos pacientes em que o diagnóstico de candidíase esofágica era evidente, não foi realizada biópsia ou escovado.

DISCUSSÃO

Estima-se que 50 a 90% dos pacientes com SIDA apresentem manifestações gastroenterológicas. Essas manifestações são raras naqueles pacientes com imunidade preservada (CD4>500), porém são gradativamente mais freqüentes na medida em que a contagem de CD4 cai para níveis abaixo de 200 cels/mm³ (3). Segundo alguns autores, parece haver uma correlação entre o grau de imunossupressão e a sobrevida (4).

O comprometimento do trato gastrointestinal (TGI) pode ocorrer por diferentes etiopatogenias: infecções oportunistas e não oportunistas, neoplasias (sarcoma de Kaposi, linfomas), efeitos relacionados ao HIV e medicamentos (5).

Sintomas como disfagia, náusea, vômitos, dor abdominal, emagrecimento e diarréia, achados freqüentes, nem sempre estão associados à patologia

infecciosa ou neoplásica, o que torna complexa a avaliação destes pacientes (6). Odinofagia e disfagia são relatadas em até 60% dos pacientes com SIDA (7,8), podendo comprometer a nutrição e a hidratação desses pacientes, com diminuição da sobrevida (1), e podem estar associadas a múltiplas infecções oportunistas. *Candida albicans*, citomegalovírus e herpes simples são as causas de doença esofágica mais comumente identificadas em pacientes imunodeprimidos. Além dessas causas, a esofagite idiopática pode ser observada em até 8% desses pacientes (8,9).

No presente estudo, as indicações mais freqüentes de EDA foram dor epigástrica, vômitos, disfagia e odinofagia, corroborando os resultados encontrados na literatura (10,11).

Os achados endoscópicos mais prevalentes no presente estudo foram as manifestações de doença esofágica, como esofagite, candidíase esofágica e úlceras esofágicas, reafirmando que sintomas e patologias esofágicas são freqüentes em pacientes com HIV positivo na América Latina (12-16).

A prevalência das manifestações gástricas é pouco conhecida nos pacientes com SIDA. Os pacientes HIV positivo apresentam normo ou hipossecreção gástrica, retardo do esvaziamento gástrico e aumento da proliferação bacteriana (17-20). Vários estudos em pacientes com SIDA demonstram baixa prevalência de *Helicobacter pylori* em relação a grupos-controle (20). A prevalência de úlcera gastroduodenal nesses pacientes é baixa, de acordo com os dados descritos na literatura (11,21). Não houve casos de úlcera gastroduodenal nos pacientes com sintomas digestivos altos na presente casuística. Alguns autores sugerem que a baixa prevalência do *Helicobacter pylori* poderia explicar a baixa incidência de úlceras entre pacientes HIV positivo, provavelmente pela freqüente administração de antibióticos nessa população (22,23). Entretanto, os antibióticos que essa população geralmente recebe (sulfametoxazol-trimetoprim, amoxicilina, eritromicina) nem sempre erradicam esta bactéria (24). Além disso, essas drogas podem apenas inibir o *Helicobacter pylori* ao invés de erradicá-lo, dificultando sua detecção nas amostras biopsiadas. No presente estudo, essa bactéria foi pesquisada quando havia indicação (gastrite ou duodenite erosivas), estando ausente em todos os casos estudados, sendo esse achado sem significância estatística pelo pequeno número de casos.

A incidência de neoplasias em pacientes com SIDA varia entre 9 e 20%, sendo de localização gastrointestinal em até 34% (20). A inexistência de neoplasias esofagogástricas nos casos estudados pode se dever a uma modificação do comportamento dos pacientes com SIDA nos últimos anos, já que as estatísticas citadas são de trabalhos mais antigos (1992 a 1996), e tem havido uma crescente melhora da sobrevida e qualidade de vida dos pacientes com SIDA, com conseqüente modificação do tipo de doença desenvolvida nesses pacientes, assim como pode ser decorrência do pequeno número de pacientes.

CONCLUSÃO

A grande maioria dos pacientes HIV positivo que apresenta sintomas digestivos altos e que é submetida a EDA já apresenta SIDA. Entretanto, o fato de pacientes com SIDA apresentarem sintomas digestivos altos não significa existência de doença oportunista, já que EDA normal ou com alterações não relacionadas a essa foram encontradas em até 78% dos pacientes. Na população estudada não houve casos de úlcera gastroduodenal ou neoplasias do trato gastrointestinal alto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WILCOX CM. Esophageal disease in the acquired immunodeficiency syndrome. Etiology, diagnosis and management. Am J Med 1992;92:412-420.
2. BONACINI M, YOUNG T, LAINE L. Histopathology of human Immunodeficiency virus-associated esophageal disease. Am J Gastroenterol 1993; 88(4): 549-551.
3. LLOYDE A. HIV infection and AIDS. PNG Med J 1996; 39(3): 174-80.
4. BEAUGERIE L, BENHAMOU I. Prise en chage diagnostique et thérapeutique de la diarrée du malades infectée par le virus de l'immunodéficience humaine. Gastroenterol Clin Biol 1995;19B:136-144.
5. CELLO JP. AIDS and the gastroenterologist. Scand J Gastroenterol 1990; 25(S175):146-158.
6. ULLRICH R, HEISE W, BERGS C, L'AGE M, RIECKEN EO, ZEITZ M. Gastrointestinal symptoms in patients infected with human immunodeficiency virus: relevance of infective agents isolated from gastrointestinal tract. Gut 1992;33:1080-1084.
7. LAI YP, WU MS, CHEN MY, CHUANG CY, SHUN CT, LIN JT. Timing and necessity of endoscopy in patients with dysphagia or odynophagia. Hepatogastroenterology 1998; 45(24): 2186-9
8. CONNOLLY GM, HAWKINS D, HARCOURT-WEBSTER JN et al. Oesophageal symptoms, their causes, treatment, and prognosis in patients with de acquired immunodeficiency syndrome. Gut 1989;30:1033-1039.
9. BONACINI M, YOUNG T, LAINE L. The causes of esophageal symptoms in human immunodeficiency virus infection. A prospective study of 110 patients. Arch Intern Med 1991; 151:1567-1572.
10. FABRIS P, BOZZOLA L, BENEDETTI P, SCAGNELLI M, NICOLIN R, MANFRIN V, SCARPATO C, DE LALLA F. *H. pylori* infection in HIV-positive patients. A serohistological study. Digestive Diseases and Sciences 1997;42:289-292.
11. VARSKY CG, CORREA MC, SARMIENTO M, BONFATI M, PELUFFO G, DUTACK A, MACIEL O, CAPECE P, VALENTINUZZI G, WEINSTOCK D. Prevalence and etiology of gastroduodenal ulcer in HIV-positive patients: a comparative study of 497 symptomatic subjects evaluated by endoscopy. Am J Gastroenterol 1998;93:935-940.
12. VARSKY C, BONFANTI M, PELUFFO G et al. Patologia esofágica em SIDA. Experiência a 1993. Acta Gastroenterol Lat Am 1993; Ed Especial XXIII Congresso Pan-Americano de Enfermidades Digestivas: 19(abstract 1049).
13. VARSKY C, YAHNI VD, FREIRE M et al. Patologia esofágica em pacientes com vírus del SIDA. Etiologia e diagnóstico. Acta Gastroenterol Lat Am 1991;22:67-83.
14. ZAMBRANO M, SAKAI P ISHIOKA S et al. Afecciones esofágicas em pacientes com SIDA. Gastr Latinoam 1993; 5:28-37.
15. LAINE L, BONACINI M. Esophageal disease in human immunodeficiency virus infection. Arch Intern Med 1994; 154:1577-1582.
16. BAEHR PH, MCDONALD GB, INFECTIONS OF THE ESOPHAGUS. IN:

SURAWICZ C, OWEN RL, ed. Gastrointestinal and hepatic infections. Philadelphia: WB Saunders, 1995:3-46.
17. HERLZLICH B, SCHIANO T, MONSSA Z, et al. Decreased intrinsic factor secretion in AIDS: relation to parietal cell acid secretory capacity and vitamin B12 malabsorption. Am J Gastroenterol 1992, 87:1781-1788.
18. BERNAL A, PIOT GA, THE J et al. Delayed gastric emptying in persons with AIDS. International conference on AIDS, 8STD World Congress 3, Amsterdam, 1992 Abstracts, p. 245.
19. BELISTOS P, GREENSON J, YARDLEY J, SEISLER J, BARLETT J. Association of gastric hipoacidity with opportunistic enteric infections in patients with AIDS. J Infect. Dis 1992;166:277-284.
20. NUNEZ MRZ, CHETER EZ, LAUDANNA AA. Manifestações digestivas da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). In: Mincis M. Gastroenterologia & Hepatologia. Diagnóstico e Tratamento. 1997, São Paulo, ed Lemos-Editorial, p. 911-922.
21. CACCIARELLI AG, MARANO BJ, GUALTIERI NM, ZURETTI AR, TORRES RA, STARPOLI AA, ROBILOTTI JG. Lower *Helicobacter pylori* infection and peptic ulcer disease prevalence in patients with AIDS and suppressed CD4 counts. Am J Gastroenterol 1996;9:1783-1785.
22. PETERSON WL. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. N Engl J Med 1991;1324:1043-1048.
23. MARANO BJ, SMITH F, BONANNO C. *Helicobacter pylori* prevalence in acquired immunodeficiency syndrome. Am J Gastroenterol 1993;88:678-690.
24. NIELSEN H, ANDERSEN LP. Serodiagnostic of *Helicobacter pylori* infection in patients with human immunodeficiency virus infection. APMIS 1995;103:689-692.