Prevalência de alterações hematológicas em mulheres com HIV/ Aids assistidas em serviço especializado: relato de série de casos

Prevalence of haematological disorders in women with HIV/Aids: series of cases in a specialized service

Lincoln Arystótheles Gewehr Babo Alves[1], Mariângela Freitas da Silveira[2], Cezar Arthur Tavares Pinheiro[3], Priscila Cella Stoffel[4], Carine Pieniz[4], Renata Müller Rozenthal[4]

RESUMO

Introdução: Alterações hematológicas estão entre as principais comorbidades da infecção pelo HIV e podem comprometer drasticamente o curso da doença. Anemia e leucopenia são geralmente causadas por inadequada produção devido à supressão medular pelo HIV, que produz citocinas e altera a microestrutura medular. Plaquetopenia é causada por destruição imuno-mediada das plaquetas em associação à inadequada produção destas. Este trabalho objetiva relatar a prevalência de anemia, leucopenia e plaquetopenia nas pacientes HIV positivas atendidas pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Pelotas, RS, e mostrar a importância do pedido regular de hemograma com plaquetas nos pacientes tratados pelo HIV. **Métodos:** Relato de série de casos em que foram analisados 115 eritrogramas, 112 leucogramas e 99 contagem de plaquetas das pacientes do SAE. Esses exames foram inseridos em um banco de dados e os valores de referência foram usados de acordo com o determinado pela OMS. **Resultado:** 56,5% das pacientes foram consideradas anêmicas, enquanto que 34,8% eram leucopênicas. Plaquetopenia foi observado em 8,1% das pacientes, e a associação anemia mais leucopenia esteve presente em 18,9% das mulheres atendidas pelo SAE. **Conclusão:** Assim como descrito na literatura, anemia é a alteração hematológica mais frequente em pacientes HIV positivos. As desordens leucopenia e plaquetopenia também são relevantes. Devido a alta prevalência dessas alterações, tem grande importância o pedido de hemograma com plaquetas nas pacientes HIV positivas e o dever do médico em saber reconhecer e tratar as alterações hematológicas, bem como seus sintomas..

UNITERMOS: HIV, Aids, Mulheres, Leucopenia, Trombocitopenia, Anemia.

ABSTRACT

Introduction: *Hematological changes are among the major co-morbidities of HIV infection and may dramatically affect the course of the disease. Anemia and leukopenia are usually caused by inadequate production due to bone marrow suppression by HIV, which produces cytokines and alters the marrow microstructure. Thrombocytopenia is caused by immune-mediated destruction of platelets, in association with inadequate production of these. This paper aims to report the prevalence of anemia, leukopenia and thrombocytopenia in HIV positive patients served by the Specialized Treatment Unit (SAE) in Pelotas, RS, and show the importance of requesting regular blood tests with platelets counts in patients with HIV.* ***Methods:*** *Case series in which we examined 115 RBC counts, 112 WBC counts and 99 platelet counts of patients from SAE. These tests were entered into a database and reference values were used as determined by the WHO.* ***Results:*** *56.5% of patients were considered anemic, while 34.8% were leukopenic. Thrombocytopenia was observed in 8.1% of patients, and the association anemia-leukopenia was present in 18.9% of the women treated in the SAE.* **Conclusion:** *Anemia was the most frequent hematological change in this series. While relevant, leukopenia and thrombocytopenia occurred to a lesser frequency.*

KEYWORDS: *HIV, AIDS, Women, Leukopenia, Thrombocytopenia, Anemia.*

[1] Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Auxiliar de pesquisa do Centro de Pesquisas Epidemológicas da Universidade Federal de Pelotas.
[2] Ginecologista, mestre e doutor em Epidemiologia pela UFPel. Pós-doutorado pela Johns Hopkins University. Integrante do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas e professora da UFPel.
[3] Infectologista e mestre em Saúde e Comportamento. Coordenador SAE Pelotas, Médico da Universidade Federal de Pelotas, Professor da Universidade Católica de Pelotas.
[4] Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Auxiliar de pesquisa do Centro de Pesquisas Epidemológicas da Universidade Federal de Pelotas.

INTRODUÇÃO

Alterações hematológicas, tais como anemia, leucopenia e plaquetopenia estão entre as comorbidades causadas pela contínua replicação viral e a depleção dos linfócitos TCD4+ pela infecção do HIV e são multifatoriais (3). Podem ser causadas por diminuição da produção associada à infiltração da medula óssea por neoplasias, bem como por fatores que aumentem a destruição de elementos sanguíneos, como hemólise prematura no baço, presença de autoanticorpos, síndrome hemofagocítica, púrpura trombocitopênica trombótica e medicamentos (1). O tratamento com medicação antirretroviral trouxe vários benefícios aos pacientes soropositivos, contudo, medicações da classe dos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleozídeos (ITRN), como a Zamivudina (AZT), podem causar mielotoxidade (2). Outras causas de produção não efetiva de elementos sanguíneos nesses pacientes podem ser carências nutricionais crônicas e déficits absortivos de diferentes causas (1).

Recentes estudos relataram que a anemia está entre as manifestações hematológicas mais comuns na infecção pelo HIV, com prevalência entre 63% a 95% entre os infectados pelo vírus, dependendo do estado clínico do paciente (3). A presença de anemia determina menor sobrevida e maior risco de progressão para AIDS, particularmente nas formas graves (definida como Hb < 8g dL) (1). Os tipos mais comuns de anemia encontrados na prática clínica são as microcíticas e hipocrômicas, com destaque da anemia ferropriva. A anemia megaloblástica é outra variante, e se apresenta normocrômica e macrocítica, em decorrência da deficiência ou alteração no metabolismo da vitamina B12 e/ou do ácido fólico (2).

Na fase da infecção primária, pode ocorrer inicialmente linfopenia, seguida por linfocitose e atipia linfocitária, neutropenia, e pancitopenia transitória. Durante a fase assintomática, há uma queda gradual no número de linfócitos TCD4+, que pode inicialmente ser mascarada pela linfocitose atribuída a um aumento das células TCD8+. No momento em que ocorre a definição do diagnóstico de AIDS, há linfopenia e, frequentemente, pancitopenia (4). Outra importante alteração hematológica é a plaquetopenia, documentada nos pacientes HIV+ desde o início da descrição da doença. O quadro clínico em geral é leve, com contagem de plaquetas abaixo de 50.000 raramente observado, e com poucos casos descritos de sangramento importante. Formas graves de plaquetopenia, em geral, estão associadas a outras citopenias, com especial importância em pacientes coinfectados com os vírus das hepatites B e C (1).

Este estudo relata a prevalência das alterações anemia, leucopenia e plaquetopenia nas pacientes HIV positivas que consultam no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Pelotas, RS, e mostra o papel da regular solicitação de hemograma completo em pacientes com HIV.

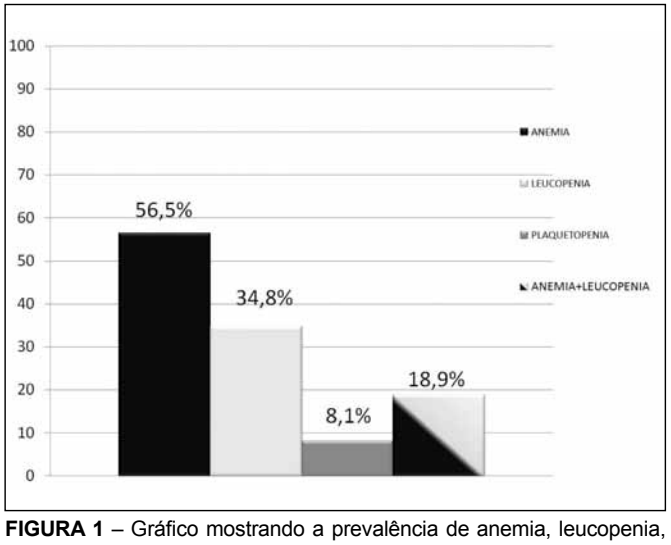


FIGURA 1 – Gráfico mostrando a prevalência de anemia, leucopenia, plaquetopenia e de mulheres com anemia e leucopenia concomitantes a partir de amostra de mulheres em que havia o exame que diagnosticava essas alterações.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de relato de série de casos baseado em um banco de dados contendo informação sobre parte das mulheres atendidas pelo Serviço de Atendimento Especializado a pacientes HIV-Positivos (SAE) de Pelotas, RS. Foram analisadas dosagem de hemoglobina e contagem de leucócitos e de plaquetas, sendo utilizado para análise apenas o primeiro desses exames, realizado no SAE. Para inclusão na análise, bastava que a paciente apresentasse ao menos um desses três exames, pois as alterações hematológicas que eles definem foram analisadas separadamente.

Foram selecionados dados de 116 pacientes, sendo 115 dosagens de hemoglobina, 112 contagens de leucócitos e 99 contagens de plaquetas. Da amostra, 111 pacientes possuíam dosagem de hemoglobina e contagem de leucócitos concomitantes, o que permitiu a análise da presença de anemia com leucopenia nessas pacientes.

Não houve distinção se as mulheres cujo exame foi analisado eram assintomáticas ou apresentavam complicações do HIV, como a AIDS. Bem como não existe informação se a paciente fazia ou não uso de medicação antirretroviral.

Utilizou-se como definição de anemia a dosagem de hemoglobina abaixo de 12 g/dl em mulheres não gestantes e abaixo de 11,5 g/dl nas gestantes. Para leucopenia, o valor utilizado foi contagem de leucócitos abaixo de 5.000 por mm^3 de sangue. Plaquetopenia foi considerada em pacientes com contagem de plaquetas inferior a 150.000 por mm^3 de sangue. Esses valores de referência estão de acordo com o descrito pela Organização Mundial da Saúde (12).

RESULTADOS

Dos 115 eritrogramas analisados, 65 apresentaram dosagem de hemoglobina inferior a 12 g/dl, ou abaixo de 11,5 g/

dl caso a paciente fosse gestante, caracterizando anemia em 56,5% das pacientes estudadas.

Quanto aos leucogramas, 39 dos 112 analisados demonstraram contagem inferior a 5.000 leucócitos/mm^3 de sangue. Sendo assim, 34,8% das pacientes em questão são consideradas leucopênicas.

Já em relação à série plaquetária, 99 exames foram analisados, sendo que 8 desses mostraram contagem de plaquetas menor que 150.000 por mm^3 de sangue, o que indica plaquetopenia em cerca de 8,1% dessas pacientes analisadas. Das 8 pacientes plaquetopênicas, 3 tinham anemia, 4 leucopenia e 2 apresentavam as três alterações.

Das 111 pacientes que possuíam resultados de dosagem de hemoglobina e leucograma, 21 (18,9%) apresentavam uma combinação de anemia e leucopenia.

DISCUSSÃO

Se analisarmos nossos dados em relação à população feminina brasileira não infectada pelo HIV, vemos que a prevalência de anemia nas pacientes infectadas pelo HIV foi maior do que na população feminina brasileira em geral. Dados recentes mostram que no Brasil a prevalência de anemia em gestantes é de 15% a 30% e em mulheres na idade fértil é de 20% (6). Dados de um estudo longitudinal americano realizado em um grupo de homens e mulheres infectados pelo HIV mostram a prevalência de anemia em 18% dos pacientes HIV positivos assintomáticos, e em 50% das pessoas com doença sintomática, e em 75% dos pacientes com progressão para AIDS (10).

Zon e Groopman observaram baixa contagem de granulócitos em 13% dos pacientes HIV positivos assintomáticos e em 44% daqueles com AIDS (11). Já nosso estudo observou a prevalência de leucopenia de 34,8% em um grupo de 112 mulheres sem distinção se havia doença progressiva ou era infecção assintomática.

No Multicenter AIDS Cohort Study, realizado nos Estados Unidos, a contagem de plaquetas foi medida em mais de 1.500 homens soropositivos que não tinham progressão para AIDS, e 6,7% dos participantes tinham contagem de plaquetas inferior a 150.000 células/mm^3 em pelo menos uma visita semestral, e 2,6 % dos participantes tinham contagem de plaquetas menor que 150.000 células/mm^3 em duas sucessivas visitas semestrais (8). Já em um estudo menor, observou-se em pessoas com AIDS a prevalência de plaquetopenia de 30% (6 de 20) (9). No nosso estudo não houve diferenciação se as 99 pacientes soropositivas com contagem de plaquetas eram assintomáticas ou tinham AIDS, e a prevalência de plaquetopenia foi de 8,1%.

CONCLUSÃO

As manifestações hematológicas pela infecção do HIV e pela AIDS são comuns e muitas vezes causam sintomas que afetam a qualidade de vida desses pacientes. Nas mulheres atendidas pelo SAE, a prevalência de anemia foi de 56,5%, enquanto que leucopenia e plaquetopenia estiveram presentes respectivamente em 34,8 e 8,1% das mulheres analisadas. Anemia e leucopenia concomitantes foram observadas em 18,9% das pacientes.

Uma grande importância do conhecimento sobre anemia, leucopenia e plaquetopenia em pessoas HIV positivas é que são as desordens hematológicas que fazem parte da escala de sinais, sintomas e doenças no critério Rio de Janeiro/Caracas para definir se houve progressão do HIV para AIDS em pessoas com mais de 13 anos (7).

Diante desses números, temos ideia da importância do pedido de hemograma com plaquetas nas pacientes HIV positivas e do dever do médico em saber reconhecer e tratar as alterações hematológicas, bem como seus sintomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leite OHM. Alterações hematológicas associadas à infecção pelo HIV, ainda um problema? Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010;32(1):3-4.
2. De Oliveira OCA, de Oliveira RA, de Souza LR. Impacto do tratamento antirretroviral na ocorrência de macrocitose em pacientes com HIV/AIDS do município de Maringá, Estado do Paraná. Ver. da Socied. Bras. de Med. Trop. 2011;44(1):35-39.
3. Daminelli EN, Tritinger A, Spada C. Alterações hematológicas em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficência humana submetidos à terapia antirretroviral com e sem inibidor de protease. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010;32(1):10-15.
4. Silva EB, Grotto HZW, Vilela MMS. Aspectos clínicos e o hemograma em crianças expostas ao HIV-1: comparação entre pacientes infectados e soro-reversores. Jorn. de Ped. (RJ). 2011;77(6):503-11.
5. Groopman JE. Management of hematologic complications of human immunodeficiency virus infection. Rev Infect Dis. 1990;12(5):931-97.
6. Fabian C, Olinto MTA, da Costa JSD, Bairros F, Nácul LC. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. de Saúde Pública. 2007;23(5):1199-1205.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Kaslow RA, Phair JP, Friedman HB, Lyter D, Solomon RE, Dudley J, Polk BF, Blackwelder W. Infection with the human immunodeficiency virus: clinical manifestations and their relationship to immune deficiency. A report from the Multicenter AIDS Cohort Study. Ann Intern Med. 1987;107(4):474-80.
9. Murphy MF, Metcalfe P, Waters AH, Carne CA, Weller IV, Linch DC, Smith A. Incidence and mechanism of neutropenia and thrombocytopenia in patients with human immunodeficiency virus infection. Br J Haematol. 1987;66(3):337-40.
10. Spivak JL, Barnes DC, Fuchs E, Quinn TC. Serum immunoreactive erythropoietin in HIV-infected patients. JAMA. 1989;261(21):3104-7.
11. Zon LI, Groopman JE. Hematologic manifestations of the human immune deficiency virus (HIV). Semin Hematol. 1988;25(3):208-18
12. Failace, R. Hemograma – Manual de Interpretação. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

✉ Endereço para correspondência
Lincoln Arystótheles Gewehr Babo Alves
R Lobo da Costa, 312
96010-150 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 3027-5980 / (53) 8139-9709
💻 lincolnbabo@hotmail.com

Recebido: 4/7/2011 – Aprovado: 5/11/2011