

Abdômen agudo por citomegalovírus na síndrome da imunodeficiência adquirida. Relato de caso*

Acute abdomen by cytomegalovirus in acquired immunodeficiency syndrome. Case report

Bil Randerson Bassetti¹, Carlos Alexandre Volponi Lovatto¹, Mariza Barros das Neves², Lauro Ferreira da Silva Pinto Neto², Moacir Soprani², Rodrigo Neves Ferreira³, Raquel Altoé⁴, Nilo Fernando Rezende Vieira²

*Recebido do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O diagnóstico diferencial da dor abdominal em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) merece especial importância dentre a variedade de etiologias envolvidas. A infecção por citomegalovírus (CMV) tem expressiva relevância, em especial quando a contagem de linfócitos T CD4+ está abaixo de 50 cel/mm³, visto que a sua soroprevalência pode chegar a 100% na população adulta de países em desenvolvimento. O quadro clínico da enterite por CMV pode variar de diarreia leve com cólicas abdominais até perfuração intestinal, com abdômen agudo e potencial risco de morte. Sendo assim, frente a evidências clínicas de abdômen agudo por CMV, o tratamento antiviral específico deve ser iniciado, mesmo sem a confirmação diagnóstica uma vez que há boa resposta clínica ao tratamento e seu atraso pode agravar o prognóstico. O objetivo deste estudo foi alertar para se incluir a suspeita de infecção por citomegalovirus como possível diagnóstico diferencial de etiologia de abdômen agudo em paciente com SIDA e imunodeficiência grave, possibilitando tratamento específico precoce e melhora do prognóstico.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 42 anos, portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) com contagem de linfócitos T CD4+ = 32 cel/mm³ e quadro de dor abdominal com sinais de irritação peritoneal, compatível com abdômen agudo foi submetido à laparotomia de emergência. À cirurgia havia sinais de isquemia e perfuração intestinal, e procedeu-se a enterectomia com ileostomia e colostomia. O quadro foi atribuído à infecção pelo CMV e prontamente prescrito terapia com ganciclovir havendo boa resposta clínica. O resultado do exame histopatológico mostrou-se compatível com infecção por CMV.

CONCLUSÃO: Em paciente portador de SIDA com quadro de abdômen agudo, dentre outras etiologias possíveis, deve-se pensar em citomegalovírus quando houver suspeita clínica ou laboratorial de imunodepressão grave.

Descritores: abdômen agudo Citomegalovírus, CMV, SIDA.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Differential diagnosis of acute abdominal pain in patients with AIDS deserves particular importance considering the variability of involved causes. The cytomegalovirus (CMV) infection has an expressive relevance, especially when T CD4 + lymphocytes count is lower than 50 cel/mm³, once its seroprevalence can arise 100% in adult population from development country. The clinical considerations of CMV enteritis can range from mild diarrhea with abdominal pain to intestinal rupture, resulting at acute abdomen and a potential risk of death. Therefore, the clinical evidences shows that specific antiviral therapy should be initiated as soon as possible even without confirmed diagnosis because the clinical response to treatment is optimal and delaying on it can worse the prognosis. The objective of this study has been alert for include a cytomegalovirus infections suspect with possible differential diagnosis of the etiology of acute abdomen in an AIDS-patient and severe immunodeficiency enabling early specific treatment and improve prognosis.

CASE REPORT: Male patient, 42 years old, whit human immunodeficiency virus (HIV) infected with T CD4 +

1. Graduando (5º Ano) de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
2. Professor de Clínica Médica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
3. Médico Patologista da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
4. Médica Residente (R.) em Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Apresentado em 07 de maio de 2009

Aceito para publicação em 01 de setembro de 2009

Endereço para correspondência:

Bil Randerson Bassetti

Rua Comissário Octávio Queiroz, 120/602, Bloco 7 – Jardim da Penha 29.060-270 Vitória, ES.

E-mail: bilbassetti@gmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

lymphocytes count 32 cel/mm^3 and abdominal pain with peritoneal irritation signs, suggesting acute abdomen, was lead to emergency laparotomy. Signs of ischemia and intestinal perforation were present and the patient was submitted to enterectomy with ileostomy and colostomy. These clinical manifestations were imputed to a CMV infection and gancyclovir therapy was immediately prescribed with optimal clinical response. The histopathological founds were compatible with cytomegalovirus infection.

CONCLUSION: CMV infection should always be considered, when severe immunosupresion is supposed in an acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-patient with acute abdomen besides several another differential diagnosis.

Keywords: acute abdomen, AIDS, Cytomegalovirus, CMV.

INTRODUÇÃO

O citomegalovírus (CMV) foi isolado pela primeira vez por Margaret G. Smith em tecido da glândula sub-mandibular de uma criança em 1956¹. Sua soroprevalência está entre 30% e 100% dependendo da população estudada², sendo mais comum em indivíduos mais velhos residentes de países em desenvolvimento e na população homossexual^{3,4}. A principal via de transmissão é o contato direto com fluidos corporais, sendo também a transmissão vertical e o transplante de órgãos sólidos importantes fontes de contágio^{3,4}. Em pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), o CMV é a principal infecção viral oportunista².

Em imunocompetentes, fora do período gestacional, a infecção aguda por CMV caracteriza-se, principalmente, por quadro de adenomegalia febril, de curso autolimitado, sem maiores repercussões clínicas.

Em imunocomprometidos a infecção pelo CMV adquire maior relevância podendo se manifestar por quadros graves deixando sequelas ou mesmo com risco de morte⁵. Nessa população, o CMV pode causar lesão a qualquer tecido corporal. Contudo, o acometimento de alguns órgãos, como o trato gastrointestinal (TGI) leva a sintomatologia pleomórfica com vários graus de gravidade e dificuldade no diagnóstico etiológico.

Nos quadros agudos graves de dor abdominal em pacientes com imunodepressão acentuada, principalmente quando a contagem de linfócitos T CD4+ está abaixo de 50 cel/mm^3 , o diagnóstico diferencial deve incluir o CMV, pois pode cursar com perfuração intestinal e abdômen agudo⁶. A pancreatite aguda, outra causa de dor abdominal intensa, pode também ter o CMV como agente etiológico⁷. Os linfomas e o sarcoma de Kaposi são outras causas não infecciosas de dor abdominal em pacientes com SIDA⁶.

Infecções oportunistas como a tuberculose, o complexo

Mycobacterium avium intracellulare (MAI), a *Salmonella sp.* e fungos, em especial a histoplasmose, que comumente cursam de forma insidiosa, podem eventualmente apresentar dor abdominal aguda^{6,7}.

Sendo assim, no diagnóstico diferencial de abdômen agudo na SIDA, além das causas comuns em indivíduos imunocompetentes, o médico deve sempre cogitar a hipótese de infecção oportunista, dentre elas o CMV.

Nas infecções graves, como nos casos de abdômen agudo por CMV, o diagnóstico é primordialmente clínico e a conduta cirúrgica deve ser baseada no tratamento das complicações, como a perfuração intestinal. O gancyclovir é o fármaco de primeira escolha para o tratamento do CMV e deve ser iniciado precocemente.

O objetivo deste estudo foi alertar para sempre se incluir a suspeita de infecção pelo citomegalovírus entre as possibilidades etiológicas de diagnóstico diferencial de abdômen agudo em pacientes com SIDA e imunossupressão grave, para tratamento específico precoce e melhora do prognóstico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 43 anos, branco, natural de Minas Gerais, casado, enfermeiro, proveniente da Itália, onde viveu por 13 anos. Foi atendido com quadro de diarreia alta intensa, com perda ponderal de 12 quilos em dois meses, dispneia importante, febre e queda no estado geral. Estava desidratado, hipocorado, com frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 33 irpm, crepitações difusas em ambos hemitóraces e pressão arterial de 110 x 60 mmHg. Havia ainda monilíase oral. A radiografia de tórax apresentava um infiltrado intersticial difuso bilateral. Os exames laboratoriais mostravam gasometria arterial com PaO_2 de 72%, DHL de 669 u/L e o exame parasitológico de fezes positivo para *Giardia lamblia*. Os resultados dos exames sorológicos foram HBsAg negativo, anti-HBs negativo, anti-HCV negativo, antitoxoplasmose IgG positivo, anti-CMV IgG positivo, VDRL negativo, ELISA anti-HIV positivo e contagem de linfócitos T CD4+ = 32 cel/mm^3 . Foi feito diagnóstico presuntivo de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e iniciado tratamento com sulfametoxazol trimetopim e prednisona. Recebeu ainda fluconazol e albendazol. Evoluiu com boa melhora clínica e laboratorial recebendo alta após três semanas e encaminhado para acompanhamento ambulatorial.

Decorrido esse período, retornou ao ambulatório com quadro agudo de hiporexia, náuseas, vômitos pós-alimentares, febre e intensa dor abdominal em pontadas, mesmo em repouso. Ao exame físico o paciente apresentava-se descorado, taquicárdico e taquipneico, abdômen rígido e doloroso difusamente à palpação e sinal de

Blumberg positivo. A radiografia de abdômen mostrava níveis hidroaéreos. Foi feito o diagnóstico clínico de abdômen agudo e encaminhado ao centro cirúrgico em caráter de emergência.

À cirurgia havia 300 mL de líquido seroso livre na cavidade abdominal e isquemia mesentérica com comprometimento de íleo e ceco. Foram realizados enterectomia e colectomia direita com colostomia e ileostomia terminal. Foi retirado cerca de 80 cm de íleo e ceco e duas cadeias de linfonodos mesentéricos.

Com a hipótese diagnóstica de CMV intestinal, iniciou-se terapia com ganciclovir (250 mg), na dose de 5 mg/kg a cada 12 horas, havendo boa resposta clínica. Exame de fundo olho sem alterações. Após alta hospitalar foi encaminhado ao serviço de hospital-dia para profilaxia

secundária com ganciclovir e iniciada terapia antiretroviral com tenofovir, lamivudina e lopinavir/ritonavir.

O estudo anatomopatológico evidenciou peça cirúrgica representada por 78 cm de intestino delgado, ceco e gordura mesentérica. A serosa estava pardacenta e lisa. Aos cortes, a mucosa apresentava pregueamento ora habitual, ora edemaciado, havendo ainda perfuração em íleo (Figuras 1 e 2). O apêndice cecal media 4 x 1cm com serosa pardacenta e lisa e exibia lúmen real aos cortes. A microscopia revelava enterite aguda supurativa erosiva com focos de ulceração, presença de células endoteliais estromais e raras células epiteliais com cariomegalia além de inclusões citoplasmáticas e nucleares, compatíveis com infecção pelo CMV (Figuras 3 e 4). Os linfonodos apresentavam reação inflamatória.



Figura 1 – Peça cirúrgica representada por segmento de intestino delgado - Macroscopia

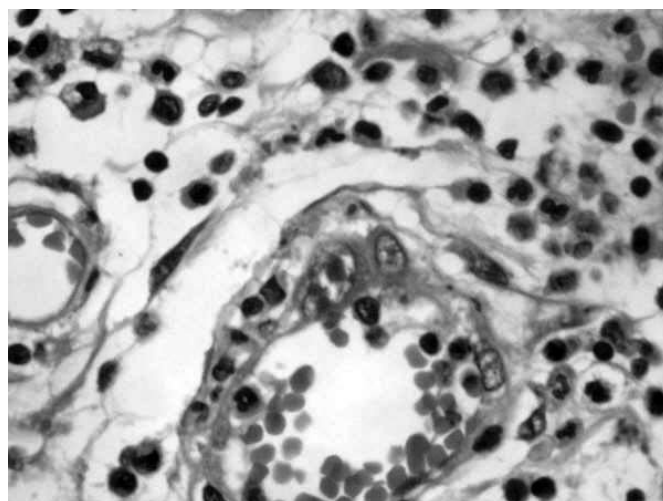


Figura 3 – Inclusão intranuclear em célula endotelial compatível com CMV (HE, 400X)



Figura 2 – Aspecto macroscópico da mucosa com edema e foco de ulceração

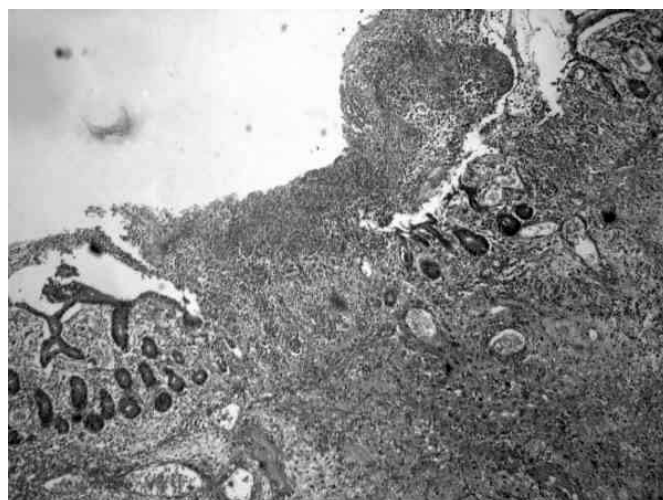


Figura 4 – Fragmento de intestino delgado. Ulcera intestinal (HE, 40X)

DISCUSSÃO

O número de intervenções cirúrgicas abdominais relacionadas a infecções oportunistas em pacientes com SIDA vem reduzindo significativamente com o diagnóstico precoce e introdução da terapia antiviral altamente efetiva (HAART). Na década de 1980 Wilson e col.⁸ relataram que cerca de 94% das cirurgias abdominais nestes pacientes estavam relacionadas às doenças próprias da SIDA. Já em 2002, Yoshida⁹ referiu que apenas um dentre nove procedimentos abdominais tem relação com doenças peculiares à SIDA.

Deziel e col.¹⁰ estimaram que cerca de 50% a 90% dos pacientes com SIDA apresentaram alguma manifestação abdominal durante o curso da doença, tendo a diarreia e a dor abdominal como principais sintomas. Destes, 12% necessitarão de atendimento de urgência sendo que em aproximadamente 5% dos casos será feita exploração cirúrgica¹¹.

O quadro clínico típico de abdômen agudo é representado por dor de forte intensidade, com início súbito levando a rigidez da parede abdominal e dor à descompressão brusca nos casos de peritonite¹². O desaparecimento da maciez hepática na percussão é um sinal indireto de pneumoperitônio, o que leva a pensar em perfuração de víscera oca. Nos pacientes com imunodepressão intensa, a febre pode estar presente em apenas 40% dos casos⁶, não sendo assim um parâmetro confiável para descartar gravidade.

O hemograma é elemento importante na avaliação inicial dos quadros de dor abdominal em pacientes com SIDA, embora a leucocitose nem sempre esteja presente. Os exames de imagem como a radiografia de tórax e abdômen, a ultrassonografia abdominal (US) e a tomografia computadorizada (TC) de abdômen são úteis no estabelecimento do diagnóstico, ressaltando a importância da radiografia convencional embora a TC abdominal com contraste tenha maior acurácia.

Dado o grande espectro de diagnósticos diferenciais de dor abdominal aguda em pacientes com SIDA, Slaven e col.⁶ propõem uma divisão das etiologias conforme sua relação com o HIV, sendo: as não relacionadas à infecção pelo HIV como apendicite e a doença ulcerosa péptica; as relacionadas à imunodeficiência como as infecções do trato gastrointestinal por CMV; e as diretamente relacionadas ao HIV como o sarcoma Kaposi e os linfomas. Dessa forma, tendo em mãos a contagem de linfócitos T CD4+, pode-se direcionar sua abordagem diagnóstica de forma mais eficaz e menos dispendiosa.

No caso em questão, o paciente apresentava sintomatologia típica de abdômen agudo acompanhado ainda de febre e vômitos. Como a contagem de linfócitos T

CD4+ era de 32 cel/mm³ denotando imunodeficiência grave, a suspeita clínica inicial foi perfuração intestinal por citomegalovírus, sendo indicada laparotomia de urgência. Ante a correlação entre grave imunodeficiência e o achado cirúrgico, foi sustentada hipótese de enterite por CMV e prontamente iniciada terapia com ganciclovir, com boa resposta clínica.

Diante do exposto, frente a um quadro de abdômen agudo em paciente gravemente imunodeprimido, deve-se sempre pensar no CMV como agente etiológico e iniciar precocemente a terapia antiviral específica.

REFERÊNCIAS

1. Chakravarti A, Kashyap B, Matlani M. Cytomegalovirus infection: an Indian perspective. *Indian J Med Microbiol*, 2009;27:3-11.
2. Cheung TW, Teich SA. Cytomegalovirus infection in patients with HIV infection. *Mt Sinai J Med*, 1999;66:113-124.
3. Panutti CS. Citomegalia. In: Veronesi FR. *Tratado de Infectologia*, 3ª Ed, São Paulo: Atheneu, 2005;311-321.
4. Jacobson MA. AIDS-related cytomegalovirus gastrointestinal disease. *UpToDate on-line* 17.1, 2009.
5. Gandhi MK, Khanna R. Human cytomegalovirus: clinical aspects, immune regulation, and emerging treatments. *Lancet Infect Dis*, 2004;4:725-738.
6. Slaven EM, Lopez F, Weintraub SL, et al. The AIDS patient with abdominal pain: a new challenge for the emergency physician. *Emerg Med Clin North Am*, 2003;21:987-1015.
7. Wilcox CM. Evaluation of abdominal pain in the HIV-infected patient. *UpToDate on-line* 17.1.2009.
8. Wilson SE, Robinson G, Williams RA, et al. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Indications for abdominal surgery, pathology, and outcome. *Ann Surg*, 1989;210:428-433
9. Yoshida D. Abdominal pain in the HIV-infected patient. *J Emerg Med*, 2002;23:111-116.
10. Deziel DJ, Hyser MJ, Doolas A, et al. Major abdominal operations in acquired immunodeficiency syndrome. *Am Surg*, 1990;56:446-450.
11. Couto CMF. Cirurgia no Paciente Imunodeprimido. In: Rodrigues MAG, Correia MITD, Rocha PRS. *Fundamentos em Clínica Cirúrgica*. Belo Horizonte: Coopmed, 2006;363-373.
12. Lorenzi F, Sallum EA. Perfuração de Vísceras. In: Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB. *Pronto Socorro: Condução do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. São Paulo: Manole, 2007;1387-1404
13. Majumder S, Mandal SK, Bandyopadhyay D, et al. Multiorgan involvement due to cytomegalovirus infection in AIDS. *Braz J Infect Dis*, 2007;11:176-178.
14. Liu Z, Winkler M, Biegalka B. Human cytomegalovirus: host immune modulation by the viral US3 gene. *Int J Biochem Cell Biol*, 2009;41:503-506.

15. Adult Prevention and Treatment of Opportunistic Infections Guidelines Working Group. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents, AIDSinfo, 2008;84-91.
16. de Lima DB, Fernandes O, Gomes VR, et al. Clinical profile of cytomegalovirus (CMV) enterocolitis in acquired immunodeficiency syndrome. Rev Assoc Med Bras, 2000;46:1-6.
17. Koo H, Shandrea WX. Viral & Rickettsial Infections. In: McPhee SJ, Papadakis MA. Current: Medical Diagnosis and Treatment. 47th Ed, New York: Mc Graw Hill, 2008;1187-1189.
18. Chambers AJ, Lord RS. Incidence of acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-related disorders at laparotomy in patients with AIDS. Br J Surg, 2001;88:294-297.
19. Pannuti CS. Citomegalovírus. In: Coura JR. Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005;1919-1931.