

ALTERAÇÕES CARDÍACAS NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. RELATO DE DOIS CASOS

BRUNO CAMELLI, CLÁUDIO CIRENZA, ELIAS KNOBEL, ANDRÉ V. LOMAR, PAULO A. A. GALVÃO,
ARISTÓTELES R. ALVARENGA

São apresentados dois casos de pacientes com acometimento cardíaco na síndrome de imunodeficiência adquirida: o primeiro, menino de 14 anos, hemofílico, que desenvolveu insuficiência cardíaca congestiva com piora da função miocárdica e septicemia por histoplasma capsulatum evoluindo a óbito. O segundo caso, um homem de 36 anos, homossexual, que, após quadro de

pancreatite aguda, desenvolveu edema agudo pulmonar com falência ventricular esquerda e sorologia positiva para vírus Coxsackie B3. Neste caso houve boa evolução e normalização da função miocárdica. Os autores ressaltam a possibilidade do acometimento cardíaco na síndrome de imunodeficiência adquirida.

Arq. Bras. Cardiol. 51/4: 341-343—Outubro 1988

As alterações cardíacas na síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), foram descritas como decorrentes da falência de múltiplos órgãos na fase final da doença. Mais recentemente, foi enfatizado o acometimento freqüente do coração, muitas vezes temporário e reversível. O pericárdio, miocárdio ou endocárdio podem ser atingidos muitas vezes, por agentes infecciosos oportunistas¹⁻⁴.

Relatamos dois casos de pacientes com diagnósticos de SIDA e alterações cardíacas.

RELATO DE CASOS

Caso 1—menino de 14 anos, hemofílico, submetido a uma única transfusão de fator VIII em 1983. Dois meses antes da internação passou a apresentar febre e queda do estado geral. Durante a investigação foi obtida sorologia positiva para anti-HIV. Houve deterioração progressiva do quadro clínico e foi internado. Desenvolveu insuficiência hepática, respiratória e cardíaca. Transferido para o CTI em quadro de insuficiência cardíaca grave e edema agudo pulmonar. No exame físico, o paciente apresentava-se dispnêico, descorado e hidratado. Havia presença de estase jugular a 45 graus, pressão arterial de 90 x 60 mmHg, freqüência cardíaca de 140 bpm e respiratória de 42 por minuto. A ausculta cardíaca revelava 3º bulha e a ausculta pulmonar roncocalcrescentes espalhados por todo o tórax. O eletrocardiograma demonstrava alterações difusas de repolarização ventricular.

A radiografia do tórax revelou cardiomegalia e congestão pulmonar (fig. 1). O ecocardiograma, comparado com um exame prévio normal, revelou aumento de câmaras esquerdas (átrio esquerdo de 31 para 40 mm e diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo de 39 para 53 mm) e redução da fração de ejeção de 0,69 para 0,54.



Fig. 1—A radiografia do tórax revelava aumento da área cardíaca e congestão pulmonar.

No hemograma foram observados hemoglobina 7,2 g/dl, hematócrito 20%, 2.400 leucócitos mm³ com “desvio à esquerda”, linfopenia e a presença de forma intra e extracelulares de histoplasma capsulatum também encontradas no mielograma. A hemocultur

Trabalho realizado no CTI do Hospital Israelita Albert Einstein Sao Paulo.

foi positiva para staphylococcus aureus. Apesar da terapêutica antibiótica, houve má evolução com progressão para coagulação intravascular disseminada e óbito.

Caso 2—homem de 36 anos, homossexual, com anti-HIV positivo um ano e meio antes da internação e sarcoma de Kaposi confirmado por biópsia 9 meses antes. Foi internado com quadro sugestivo de pancreatite aguda. Evoluiu com altos níveis de amilase sérica, desenvolvendo hepatite transfecciosa, pneumonia e insuficiência renal aguda. Foi submetido a programa de diálise peritoneal. Houve melhora do quadro renal e a diálise foi suspensa. Desenvolveu, porém dispnéia progressiva e insuficiência cardíaca, sendo transferido para o CTI em edema agudo pulmonar. O exame físico evidenciava paciente em regular estado geral, dispnêico, descorado e com estase jugular a 45 graus. A pressão arterial era 160 x 110 mmHg, e a frequência cardíaca 140 bpm. A semiologia cardíaca revelava 3º bulha e a pulmonar estertores crepitantes em bases. O fígado era palpável a 7 cm do rebordo costal direito e o baço a 3 cm do esquerdo.

O eletrocardiograma mostrava importantes alterações no segmento ST, com inversão de onda T em todas as derivações (fig. 2). A radiografia do tórax, previamente normal, mostrava cardiomegalia, congestão pulmonar e provável infiltrado do tipo alveolar em base direita (fig. 3).

O ecocardiograma, comparado a exame prévio mostrou aumento de ventrículo esquerdo, de 60 para 66 mm, e importante queda na fração de ejeção de 0,61 para 0,31. Foram identificados anticorpos neutralizantes para vírus Coxsackie B3 no soro, reagindo até diluição 1/512 vinte dias antes do quadro de edema agudo pulmonar. A evolução foi boa, com resposta à terapêutica medicamentosa para a insuficiência cardíaca. Exame clínico recente revelou paciente sem qualquer sinal ou sintoma de insuficiência cardíaca e radiografia e ecocardiografia com parâmetros cardíacos normais.

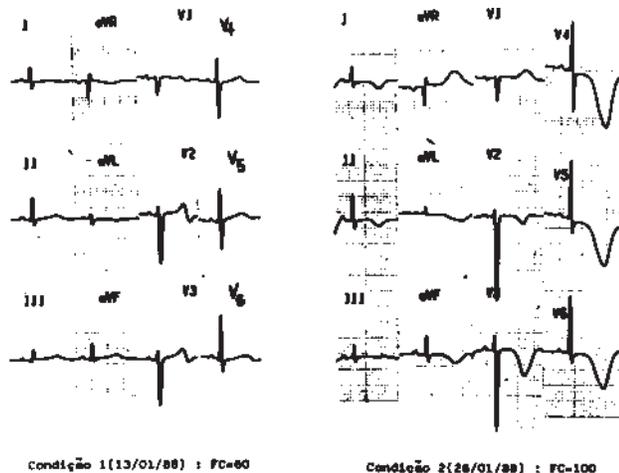


Fig. 2—O eletrocardiograma, comparado com exame anterior, mostrava alterações no segmento ST, com inversão de onda T em todas as derivações.



Fig. 3—A radiografia do tórax mostrava aumento da área cardíaca, congestão pulmonar e um infiltrado do tipo alveolar em base direita.

DISCUSSÃO

Os casos de acometimento cardíaco da SIDA aparecem sob várias formas. Em 1984, Silver e col¹ descreveram autópsia de 18 pacientes com diagnóstico de SIDA, tendo encontrado 5 pacientes (28%) assintomáticos do ponto de vista cardiológico que apresentavam lesões de sarcoma de Kaposi no tecido adiposo subepicárdico. Fink e col² encontraram anormalidades cardíacas em 73% dos 15 pacientes com SIDA sem evidência clínica de cardiopatia, submetidos a necrópsia ou ecocardiografia. Tais anormalidades foram descritas como derrames pericárdicos, endocardite trombótica não bacteriana, hipocinesia ventricular esquerda, aumento do ventrículo direito e insuficiência mitral. Cammarosano e col³ descreveram os achados de autópsia em 41 pacientes portadores de SIDA, mostrando casos de sarcoma de Kaposi no miocárdio e pericárdio, endocardite trombótica não bacteriana, pericardite e miocardite fúngica. Cohen e col⁴ descreveram 3 casos de SIDA com insuficiência cardíaca e sugeriram, entre outras hipóteses, a possibilidade de uma miocardiopatia por ação direta do vírus.

No primeiro caso que relatamos, a septicemia diagnosticada através da presença de histoplasma capsulatum no mielograma e hemograma permite supor o envolvimento miocárdico pelo fungo, infelizmente não comprovado por biópsia ou necrópsia.

No segundo caso, a sorologia positiva para vírus Coxsackie B3, geralmente envolvido nas miocardites por este agente, sugeriu esta etiologia para o acometimento cardíaco descrito. É importante lembrar que o isolamento do vírus em biópsia de endocárdio tem índice de positividade menor que 10%, uma vez que o comprometimento miocárdico parece ser mediado por linfócitos T e assim, os sintomas aparecem quando o vírus não é mais encontrado⁵. A reversão do quadro de falência cardíaca no segundo caso mostra que o envolvimento cardíaco na SIDA pode não ser terminal e sim reversível.

Acreditamos que este achado é de real importância, devido ao aumento da prevalência da doença na população. A investigação de possível envolvimento cardíaco na SIDA, mesmo em pacientes assintomáticos, pode ser realizada através de métodos não invasivos.

SUMMARY

Cardiac involvement in acquired immune deficiency syndrome is reported in two patients: a fourteen-year old hemophilic boy with heart failure and septicemia caused by histoplasma capsulatum, and a thirty-seven year old homosexual man with acute pancreatitis who developed heart failure, with a serologic diagnosis of coxsackie B3 infection.

REFERÊNCIAS

1. Silver MA, Macher AM, Reichert CM, Levens DL, Parrillo JE, Longo DL, Roberts WC—Cardiac involvement by Kaposi's sarcoma in acquired immune deficiency syndrome. *Am J Cardiol*, 53: 983, 1984.
2. Fink L, Reichek N, Sutton MG, St J—Cardiac abnormalities in acquired immune deficiency syndrome. *Am J Cardiol*, 54: 1161, 1984.
3. Cammarosano C, Lewis W—Cardiac lesions in acquired immune deficiency syndrome. *J Am Coll Cardiol*, 5: 703, 1985.
4. Cohen IS, Anderson DW, Virmani R, Reen BM, Macher AM, Sennesh J, DiLorenzo P, Redfield RR—Congestive cardiomyopathy in association with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*. 315: 628, 1986.
5. Ray CG, Hicks MJ, Minnich LL—Viruses, rickettsia and chlamydia. In: Henry JB—*Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. Philadelphia W. B. Saunders, 1984. p. 1295.