

Cardiopatia Reumática e Endocardite Infecciosa em Paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Evandro Tinoco Mesquita, Rosana Grandelle Ramos, Anelise Hagen Ferrari, Wolney de Andrade Martins, Gustavo Gavina da Cruz

Niterói, RJ

Paciente do sexo feminino com 36 anos de idade, vida sexual promíscua e usuária de drogas endovenosas, com passado de cardite reumática, foi internada com síndrome infecciosa, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca congestiva e vasculite. A pesquisa para anticorpo anti-HIV foi positiva em teste realizado. Houve agravamento da vasculite e da insuficiência cardíaca e evolução para o óbito com acidente vascular cerebral.

À necropsia constatou-se quadro anatomopatológico de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), cardiopatia reumática com nódulos de Aschoff e, ainda, endocardite infecciosa com abscessos cerebrais e infarto hemorrágico no tálamo.

Rheumatic Heart Disease and Infective Endocarditis in a Patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome

A 36-old-woman was admitted with an infectious syndrome, respiratory insufficiency and vasculitis. There was a history of chronic intravenous drug abuse, sexual promiscuity and rheumatic heart disease. She had HIV positive tests.

The vasculitis and heart failure worsened and the patient died of stroke.

At autopsy it was found histologic evidence of AIDS, rheumatic heart disease with Aschoff nodes, infective endocarditis with cerebral abscesses and thalamic infarction.

Arq Bras Cardiol, volume 67 (nº4), 255-257, 1996

A associação de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) e endocardite infecciosa (EI) foi descrita em seis pacientes de um estudo clinicopatológico de 50 casos de SIDA, dos quais dois já apresentavam diagnóstico clínico e ecocardiográfico de EI¹. Em outra série, de 73 necropsias consecutivas de pacientes que faleceram com SIDA, havia quatro casos com EI, não diagnosticados em vida². Cardiopatia reumática aguda e SIDA foram diagnosticadas em um homem, de 40 anos de idade, que faleceu de pneumonia por *pneumocystis carinii*³.

Descrevemos os achados clínicos e anatomopatológicos em mulher, de 36 anos de idade, que apresentava a concomitância de SIDA, EI e cardiopatia reumática com nódulos de Aschoff na fase proliferativa. A presença de tal lesão nesta faixa etária é pouco comum e também não tem sido descrita em estudos de necropsias visando determinar as lesões cardíacas na SIDA.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, negra, 36 anos, natural do Rio de Janeiro, presidiária, com relato de vida sexual com

muitos parceiros e uso de drogas endovenosas, foi admitida no Serviço de Emergência com história de febre irregular com calafrios há 7 meses. Há 2 meses da internação, notou máculas puntiformes em mãos e pés. Duas semanas antes da internação, passou a apresentar febre diária, queda do estado geral, tosse com expectoração amarelada, dispnéia de repouso, aumento das lesões maculares, diarreia e vômitos. Na história patológica pregressa ressaltava-se cardiopatia reumática aos 16 anos, várias internações para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada e, ainda, relato de uso irregular de digoxina e furosemida.

O exame físico mostrou paciente torporosa, febril, hipocorada, emagrecida e em franca insuficiência respiratória. Não apresentava sinais de localização neurológica. Encontrava-se hipotensa (PA= 80x40mmHg), taquicárdica (FC= 140bpm), com crepitação bibasal, 3ª bulha cardíaca e edema frio de membros inferiores. Havia sopro holossistólico de 2+/6+ em área mitral e sopros diastólicos de 3+/6+ em áreas aórtica e pulmonar. Presença de lesões equimóticas de 0,5 a 2,0cm de diâmetro em dorso de mãos e dedos. Lesões do tipo vasculite com necrose em dedos e metade anterior de ambos os pés. Candidíase oral. O baço não era palpável.

Os diagnósticos sindrômicos iniciais foram de: síndrome infecciosa, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e vasculite.

Investigação diagnóstica e evolução - A telerradiografia do tórax mostrou infiltrado intersticial à esquerda e alveolar à direita, sinais de congestão e hipertensão pulmonar e cardiomegalia. O primeiro estudo ecodopplercardiográfico mostrou lesão reumática mitro-aórtica. Vegeta-

ções não foram evidenciadas. Apresentava anemia (Hematócrito de 34%), leucopenia (5100), neutrofilia (10% bastões e 80% segmentados) e linfopenia (6% linfócitos), plaquetopenia (110000), TAP baixo (60%), piúria, proteinúria, hematúria, hipocalcemia e hiponatremia, aumento progressivo das escórias nitrogenadas e uma pesquisa para anticorpo anti-HIV (ELISA) positiva. Urinocultura e hemoculturas negativas.

Inicialmente, houve melhora do quadro neurológico e estabilização hemodinâmica após instituição de dopamina e antibioticoterapia. Por outro lado, houve piora das lesões necróticas, sendo submetida a amputação das pernas e antebraço esquerdo. Após o 30º dia de internação, iniciou episódios repetidos de edema agudo de pulmão. Os ecocardiogramas seriados mostraram piora evolutiva da insuficiência aórtica, sem observação de vegetações. No 52º dia foi feita cultura de ponta de cateter com crescimento de *staphylococcus aureus* resistente a oxacilina. No 56º dia, evoluiu subitamente para o coma com descerebração, desvio do olhar conjugado, desvio de comissura labial à esquerda, hemiplegia direita e rigidez de nuca. Óbito no dia seguinte.

À necropsia constatou-se quadro anatomopatológico de SIDA: depleção linfocitária no baço e linfonodos, sarcoma de Kaposi no pulmão e rim, doença de inclusão citomegálica pulmonar, renal, salivosa e pancreática. O coração apresentava cardite reumática com numerosos e volumosos nódulos de Aschoff na fase proliferativa (fig. 1 e 2), lesões orovalvulares reumáticas de insuficiência aórtica e dupla lesão mitral. EI comprometendo válvulas tricúspide, mitral e aórtica, originou êmbolos sépticos com infartos e abscessos nos pulmões, rins, baço, fígado, miocárdio e sistema nervoso central. A EI causou ainda vasculite na pele e membros e, também, aneurisma micótico cerebral.

A causa imediata da morte foi atribuída ao conjunto das lesões cerebrais secundárias a EI: hemorragia subaracnóide, abscessos cerebrais, meningoencefalite secundária e, principalmente, ao infarto hemorrágico no tálamo à esquerda, inundação dos ventrículos laterais, quarto ventrículo e aqueduto. Entre outros diagnósticos secundá-

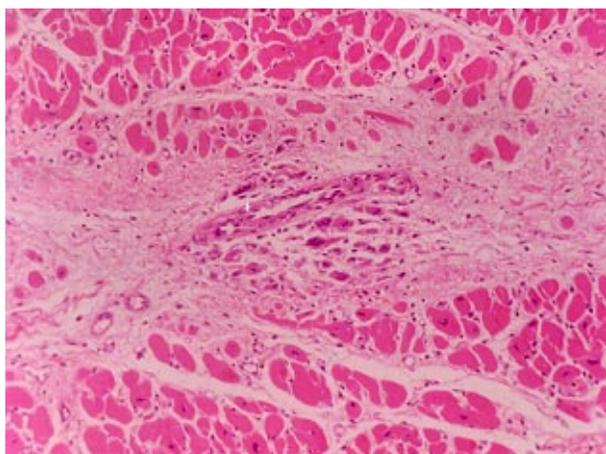


Fig. 1 - Nódulo de Aschoff na fase proliferativa junto a vaso intramiocárdico (hematoxilina-eosina; aumento original: 10X).

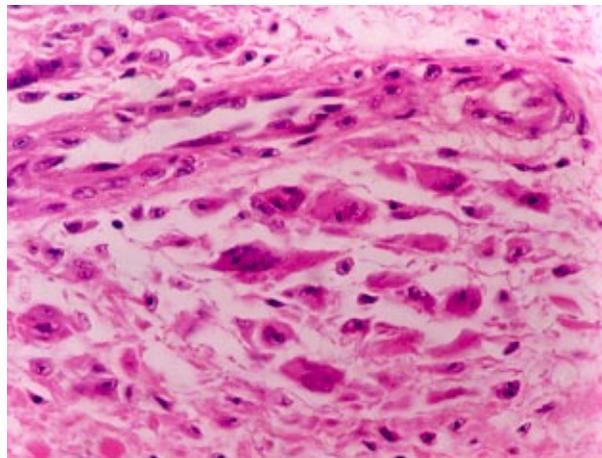


Fig. 2 - Detalhe da figura 1 mostrando células de Aschoff multinucleadas (hematoxilina-eosina; aumento original: 40X).

rios, havia ainda molusco contagioso e lesões vasculares compatíveis com hipertensão arterial pulmonar.

Discussão

O diagnóstico clínico “provável” de EI pôde ser feito pelos critérios de von Reyn⁴ porque, apesar das hemoculturas negativas, havia três outros critérios exigidos: febre, lesão regurgitante evolutiva e fenômenos vasculares. Recentemente, Durack e col⁵ reformularam os critérios e propuseram critérios “maiores” e “menores” para o diagnóstico de EI. Nesta nova abordagem, a paciente seria classificada como “possível” portadora de EI por apresentar quatro sinais “menores”: fatores predisponentes, doença orovalvar, febre, fenômenos vasculares e fenômenos imunológicos (evidências de glomerulonefrite); não havia qualquer critério “maior”. A EI pode justificar o quadro clínico principal da paciente, ou seja: através de fenômenos embólicos causar os inúmeros infartos e abscessos, inclusive os cerebrais que foram a causa imediata de morte; a embolia séptica isoladamente ou associada a vasculite, explicam as alterações pulmonares e a vasculite em extremidades. A EI pode ainda, causar destruição valvar, instabilidade hemodinâmica e ICC.

Clinicamente, embora houvesse positividade, em um teste efetuado, para anticorpo anti-HIV (ELISA) e linfopenia, não foi possível o enquadramento como SIDA, de acordo com o sistema de classificação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC-1993). Apesar disso, miocardite por HIV e por infecções relacionadas à SIDA não puderam ser excluídas entre os diagnósticos clínicos.

A necropsia foi importante para afirmar o diagnóstico de SIDA, já que havia quadro anatomopatológico de SIDA. A presença de EI, comprometendo valvas tricúspide, mitral e aórtica, é explicada pelas lesões orovalvulares reumáticas e pelo uso de drogas endovenosas. É incerto se a SIDA teria favorecido a EI, pois a concomitância de ambas não parece ser muito freqüente^{1,2}.

A possibilidade de que não haja correlação entre a ati-

vidade clínica e o nódulo de Aschoff na fase proliferativa, que este tenha um ciclo de vida que persiste por um tempo indeterminado até se transformar em cicatriz fibrosa⁶ e o desconhecimento da data do último surto de febre reumática, tornam impossível a afirmação de que esta paciente se encontrava em atividade reumática.

Por outro lado, evidências atuais continuam a sugerir que a formação do nódulo de Aschoff dependa de um processo imunológico ativo⁶. Levando-se em consideração que esta paciente tinha 36 anos de idade e apresentava grande

exuberância de nódulos, interrogamos se as alterações imunológicas decorrentes da infecção pelo HIV seriam responsáveis pela ativação da doença ou perpetuação da lesão histológica, incomum nesta faixa etária.

Paralelamente à necessidade de esclarecermos melhor a patogenia da doença reumática, da formação do nódulo de Aschoff e também da SIDA, seria importante compreendermos melhor os eventos imunológicos que ocorrem naqueles pacientes que apresentam associação entre doenças com distúrbios imunológicos aparentemente opostos.

Referências

1. Herdy GVH, Ramos R, Bazin A et al - Correlação clinicopatológica de 50 casos de síndrome de imunodeficiência adquirida. Estudo retrospectivo. Arq Bras Cardiol 1994; 62: 95-8.
2. Okoshi MP, Montenegro M - Patologia do coração na AIDS: estudo de 73 necropsias consecutivas. Jornal do Anatomopatologista 1995; 10: 9-10.
3. DiCarlo FJ, Anderson DW, Virmani R et al - Rheumatic heart disease in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Hum Pathol 1989; 20: 917-20.
4. Von Reyn CF, Levy BS, Arbeit RD et al - Infective endocarditis: an analysis based on strict case definitions. Ann Intern Med 1981; 94: 505-17.
5. Durack DT, Lukes AS, Brigh DK and the Duke Endocarditis Service - New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Am J Med 1994; 96: 200-9.
6. Wagner BM - Closing in on the Aschoff body. Modern Pathol 1990; 3: 417-8.