



CADERNOS BRASILEIROS DE MEDICINA

JAN A DEZ - 2008 - VOL. XXI - N^{OS} 1, 2, 3 e 4

EDITORIAL 06

MAIORIDADE Mario Barreto Corrêa Lima

EDITORIAL 07

REFORMA CURRICULAR, LABORÁTORIO DE HABILIDADES Mario Barreto Corrêa Lima

CRISES EPILÉTICAS INDUZIDAS POR ABUSO DE COCAÍNA 09

Soniza Vieira Alves Leon, Marisa Helena Leite Monteiro

APOLIPOPROTEÍNA E (APOE) - EPSILON 4 (E 4): IMPORTANTE FATOR DE RISCO PARA DOENÇA DE ALZHEIMER? 14

Idea Lucia Pereira Bravo; Esther Maria Thereza Guerreiro, Lucia Marques Alves Vianna, Soniza Vieira Alves Leon

ESQUECER NO ENVELHECIMENTO: PERSPECTIVA DE BOA VIDA EM NIETZSCHE 21

Lucas Pereira Jorge de Medeiros

SÍNDROME DE LYELL EM PACIENTE COM HIV/AIDS- RELATO DE CASO 29

Vanessa Maria Amoreira Curty, Carlos José Martins, Fernando Samuel Sion, Ricardo de Souza Carvalho, Rogério Neves Motta, Fernando Raphael de Almeida Ferry

CONVULSÕES NEONATAIS: UMA BREVE REVISÃO 35

Fernanda Martins Coelho Catharino, Antonio Marcos da Silva Catharino, Maurício Barboza Gonzaga, Marco Orsini

INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR QUE INICIAM SEU PROCESSO INSTITUCIONAL DE INTERNACIONALIZAÇÃO 42

Nancy Godim Pedrozo, Edma de Deus e Silva Carneiro, Djalma Arlindo Marinho Pereira, Mario Barreto Corrêa Lima, Itana Stiubiener

PERFIL CLÍNICO DE 128 PACIENTES IDOSOS PORTADORES DO HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE 52

Patrícia Capua Vieira da Silva, Aureo do Carmo Filho, Max Kopti Fakoury, Eberhart Portocarrero Gross, Fernando Raphael de Almeida Ferry

PARAGANGLIOMA MALIGNO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA 61

Bruno Coelho da Rocha Lazaro, José Alberto Landeiro, Soniza Vieira Alves Leon

HISTOPLASMOSE COM MANIFESTAÇÕES ARTICULARES - RELATO DE CASO 75

João Luiz Pereira Vaz, Thelma Flosi Gola, Felipe Renaux W. Caratta Macedo, Mario Barreto Corrêa Lima

PERFIL CLÍNICO DE 128 PACIENTES IDOSOS PORTADORES DO HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

*Clinical Profile of 128 Aged Patients HIV/AIDS Bearers in the
Gaffrée and Guinle University Hospital*

Patrícia Capua Vieira da Silva¹; Aureo do Carmo Filho²; Max Kopti Fakoury³;
Eberhart Portocarrero Gross⁴; Fernando Raphael de Almeida Ferry⁵

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes idosos, com idade superior a 60 anos, portadores do HIV.

Métodos: Revisão de 128 prontuários de pacientes acima de 60 anos em acompanhamento atual no HUGG.

Resultados: No Brasil cada vez mais idosos são infectados pelo HIV. Em particular no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (Centro Nacional de Referência em tratamento da AIDS), nos últimos cinco anos observamos um crescimento expressivo da prevalência da AIDS nessa faixa etária, predominantemente nas mulheres. A transmissão é majoritariamente heterossexual. Na primeira consulta, muitos se apresentam assintomáticos, porém, posteriormente, torna-se alto o índice de infecções oportunistas. As associações com sífilis e hipertensão arterial são expressivas. Melhoras clínica e laboratorial são substanciais com o uso da terapia anti-retroviral.

Conclusão: A AIDS em pacientes idosos deve ser considerada uma doença com incidência ascendente. Portanto, uma melhor compreensão da relação entre vírus e hospedeiro nesta faixa etária proporcionará ao profissional médico informações que facilitarão o manejo da AIDS, bem como a instituição do tratamento. A eficácia da medicação anti-retroviral e uma abordagem clínica global, com controle das co-morbidades associadas à AIDS, permite uma melhor sobrevida com qualidade.

Palavras-chave: Idosos, HIV, AIDS.

ABSTRACT

Objective: Characterization of the clinical and epidemiological profiles of elderly patients, aged 60 years or more, who are infected with HIV.

Methods: Revision of 128 medical records of patients over 60 years old who are currently at follow up at the HUGG (Gaffrée e Guinle University Hospital).

Results: In Brazil more and more elders are infected with HIV. Particularly at the Gaffrée e Guinle University Hospital (National Reference Center for AIDS treatment), during the last five years we have observed an expressiv growth of the prevalence of AIDS at this age, mostly among women. Transmition is mainly heterossexual. In the first interview, many were asymptomatic; later, however, the proportion

of opportunistic infections became high. The associations with syphilis and high blood pressure are expressive. Clinical and laboratorial improvement is substancial with the use of antiretroviral therapy.

Conclusion: AIDS in elderly patients must be considered a disease of ascending incidence. Hence, a better understanding of the relationship between virus and host at this age will provide the physician with informations that will facilitate the handling of AIDS, as well as the estalishment of its treatment. The efficacy of the antiretroviral medication and a global clinical approach, with the control of the comorbidities associated with AIDS, allows a better survival with quality.

Key words: Elderly, HIV, AIDS.

¹Médica, Residente em Oftalmologia do Instituto Benjamin Constant.

²Médico, Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Pós-graduado em Geriatria pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI / UERJ), Aluno do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Neurologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, médico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

³Médico, Pós-graduado em Geriatria pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI / UERJ), Aluno do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Neurologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, médico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

⁴Acadêmico de Medicina do quinto período da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

⁵Médico, Doutor pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Professor Adjunto IV de Clínica Médica do Departamento de Medicina Geral (DEMEG) da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Professor orientador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Neurologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência: Fernando Ferry - Rua Mariz e Barros, 775 (10ª. Enfermaria) - Tijuca - Rio de Janeiro (RJ).

E-mail: ferry@unirio.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, considera-se idoso o indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos. (Estatuto do idoso – Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003). De acordo com o IBGE, esta faixa etária atualmente representa 8,6% da população brasileira. Esta proporção chegará a 14% no ano de 2025 com cerca de 32 milhões de indivíduos.

De acordo com a Coordenadoria Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) do Ministério da Saúde, no Brasil, entre 1980 e 2004 foram notificados 362.364 casos de infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹. A maioria destes casos pertence à região sudeste com 235.410 casos, dentre os quais 50.860 são do Estado do Rio de Janeiro.

Com relação aos idosos, no período de 1983 a 1991, havia apenas 681 casos de AIDS notificados em indivíduos maiores de 60 anos (569 homens e 112 mulheres). Até a última atualização (junho/2005), estes números subiram para 7.935 casos (5.446 homens - 9,5 vezes maior e 2.489 mulheres - 22 vezes maior). Estes números podem não corresponder à realidade, pois são comuns em nosso país a não notificação de casos e o sub-diagnóstico. Também é importante levarmos em conta que o advento da terapia anti-retroviral (TAR) fez subir o número de pessoas que estão envelhecendo com a AIDS. Em nosso serviço 67 (53%) dos 128 pacientes foram diagnosticados com idade inferior a 60 anos.

Uma maior eficácia no controle e prevenção das doenças na população brasileira levou a maiores expectativa e qualidade de vida, prolongando o período sexualmente ativo dos indivíduos. O advento de pílulas para o tratamento da disfunção erétil, próteses penianas, reposição hormonal em ambos os sexos, melhor controle medicamentoso das doenças comuns dos idosos, entre outros, aumentaram a atividade

sexual, tanto dos homens quanto das mulheres na terceira idade, elevando assim o risco de disseminação das doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre elas, a AIDS. Observa-se também, em nosso serviço, que a geração que tem hoje mais de 60 anos não possui a cultura do uso sistemático de preservativos, já que há 30 anos não havia o risco de adquirir AIDS. Outro fator é que nesta faixa etária a flacidez peniana dificulta o uso do preservativo, interferindo na dinâmica do ato sexual. Um estudo realizado em São Francisco mostrou que 32% dos homens avaliados já haviam usado pílula para disfunção erétil alguma vez e 21% a tinham utilizado nos seis meses imediatamente anteriores à pesquisa, sendo o uso recente maior entre os homens HIV positivos (42%) do que entre os HIV negativos (19%) ou de sorologia indefinida (12%)².

Alguns estudos revelaram que tanto crianças como idosos apresentavam maior risco de um diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em comparação às idades intermediárias^{3,4}. Este fato corrobora a provável situação de que o diagnóstico do HIV é considerado mais freqüentemente em adultos jovens do que em idosos⁵. Todavia, os idosos teriam vida sexual mais prolongada, acumulando portanto um maior risco de infectar-se. Eles também seriam mais relutantes quanto ao uso de preservativo e quanto à realização da testagem para o HIV do que os mais jovens⁶.

Embora a TAR reduza a infectividade individual, quanto mais pessoas vivem infectadas pelo HIV e continuam a ter sexo sem proteção com parceiros regulares e/ou casuais, mais a incidência de infecção na população em geral tende a crescer⁷. Tal fato pode ser potencializado no idoso devido ao errôneo conceito da população de que a AIDS seria uma doença de jovens.

Neste estudo realizamos uma observação transversal do perfil clínico e epidemiológico

com base em dados coletados dos prontuários de 128 pacientes portadores do HIV com idade superior a 60 anos até abril de 2006. Nossas observações mostram que a AIDS deve ser considerada como uma doença a ser investigada na terceira idade.

MÉTODOS

Desde 1983, o Serviço de Imunologia Clínica da Clínica Médica B (10ª Enfermaria) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG - UNIRIO) presta assistência a portadores do HIV. No momento há cerca de 3.200 pacientes em tratamento clínico, sendo na sua grande maioria pacientes de baixo nível sócio-econômico.

SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS PACIENTES NO ESTUDO

Revisão de todos os prontuários de pacientes em acompanhamento ambulatorial, que até abril de 2006, apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, totalizando 128 pacientes. Todos apresentavam diagnóstico de certeza de infecção pelo HIV, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Controle de DST/AIDS - Ministério da Saúde.

COLETA DE DADOS

As variáveis coletadas foram: a) idade; b) sexo; c) data da primeira sorologia positiva para HIV; d) idade na época do diagnóstico; e) modo provável de transmissão do HIV; f) quadro clínico e data da primeira consulta no ambulatório de Imunologia; g) primeiras e últimas contagens de células CD4, CD8 e carga viral; h) data de início da TAR; i) número de esquemas de TAR; j) estado atual do paciente; k) esquema de TAR atual; l) data da última consulta; m) doenças comuns do idoso associadas; n) presença de infecção oportunista, de hepatites B ou C, de sífilis, de lipodistrofia; o) região em que o paciente habita; p) efeitos colaterais

provavelmente associados à TAR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

IDADE ATUAL E NA ÉPOCA DO DIAGNÓSTICO, SEXO E MORADIA

Houve crescimento significativo do número de idosos com AIDS nos últimos anos. No HUGG, em 2002, havia 53 idosos com HIV/AIDS. Em 2005, são 128, ou seja, mais que o dobro. Destes 128 pacientes maiores de 60 anos, cerca de 58% possuem menos de 65 anos, 23% de 66 a 70 anos e 18% possuem 71 ou mais. Quanto à idade ao diagnóstico, 53% tinham menos de 60 anos, enquanto que 38% tinham 60 ou mais, sendo 9% das idades desconhecidas. Em relação ao gênero, 56% eram homens e 44% mulheres, o que reafirma a tendência que ocorre nas outras faixas etárias de o sexo feminino se igualar ao masculino na infecção pelo HIV [1]. Comparativamente, num estudo de Chicago, dos 87 pacientes com média de idade de 64 anos (variando de 60–78 anos), 80% eram homens⁸. Quanto ao local de moradia, constatamos uma grande variedade entre diferentes bairros, havendo maior frequência na zona norte, na baixada fluminense - ambas áreas mais pobres - e na zona sul.

MODO PROVÁVEL DE TRANSMISSÃO DO HIV

Em um estudo americano, os grupos de risco do HIV em idosos foram: sexo heterossexual, 41%; uso de drogas injetáveis, 28%; homens homossexuais, 17%; ignorado, 14%⁸. Já em nosso estudo, entre os pacientes do sexo masculino, 35% eram heterossexuais, 29% bissexuais, 24% homossexuais, 7% foram submetidos a transfusão de sangue ou derivados e 11% tiveram grupo de risco ignorado, enquanto que entre pacientes do sexo feminino 84% eram heterossexuais, 7% foram submetidas a transfusão de sangue ou derivados e 13% tiveram grupo de risco ignorado. Não foram identificadas

mulheres homossexuais ou bissexuais. Conclui-se então que a transmissão sexual exerce importante papel em diferentes populações idosas^{8,9}, o que reforça a necessidade de uma orientação direcionada aos idosos quanto à prevenção da infecção pelo HIV através do contágio sexual.

Nos pacientes idosos heterossexuais, agregamos fatores de risco específicos para a contaminação pelo HIV. Obtivemos os seguintes resultados: 27% tinham múltiplos parceiros sexuais, 20% tinham parceiro com comportamento de risco, 29% tinham parceiros sabidamente HIV positivos, 3% utilizavam drogas injetáveis e 21% não tiveram nenhum fator de risco associado.

MOTIVO DA PRIMEIRA CONSULTA

Na primeira consulta, parte considerável dos pacientes (40%) apresentava-se sem manifestações clínicas associadas à AIDS. Entretanto, foram bastante referidos: candidíase, perda ponderal, sintomas respiratórios (tuberculose, pneumonias, tosse, dispnéia, dor torácica), diarreia, febre, herpes zoster.

CONTAGENS DE CÉLULAS CD4, CD8 E CARGA VIRAL

A grande maioria dos pacientes idosos em uso de TAR obteve excelentes respostas imunológica e virológica, com resultados similares àqueles reportados em estudos de coorte com idosos HIV positivos^{10,11,12}. Analisando-se o gráfico, percebe-se que na maioria dos pacientes as contagens de células CD4 atuais subiram em relação às primeiras na vigência de infecção pelo HIV e as de CD8 pouco se alteraram. Enquanto isso, a carga viral diminuiu comparando-se as medições iniciais e as últimas. A TAR em idosos é eficaz.

TAR UTILIZADA E SEUS EFEITOS COLATERAIS

Diversos esquemas de TAR são prescritos aos pacientes, de acordo o estado clínico e imunológico, esquemas prévios e limitações individuais do paciente. No momento, 16% dos pacientes idosos ainda encontram-se sem indicação para uso de TAR.

Daqueles que utilizam TAR, cerca de 42% estão no primeiro e 31% estão no segundo ou terceiro esquemas; todavia, há pacientes que já usaram até dez esquemas diferentes. As associações mais utilizadas nos pacientes idosos do HUGG são zidovudina, lamivudina e nevirapina (15%), zidovudina, lamivudina e efavirenz (17%), estavudina, lamivudina e efavirenz (5%), estavudina, lamivudina e nevirapina (4%). Estes quatro esquemas correspondem a cerca de 36% da TAR administrada neste grupo. Felizmente é baixo o número de pacientes em uso de inibidores de protease.

O uso crescente da TAR está associado ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares (DCV), pois agrava diversos dos seus fatores de risco, incluindo dislipidemia (principalmente em usuários de inibidores de protease)^{13,14}, resistência à insulina e mesmo diabetes mellitus¹⁵. Sendo assim, o idoso portador de HIV em tratamento possui duplo risco para afecções cardiovasculares - tanto pela idade avançada quanto pela TAR. Todavia, observa-se em nosso serviço que o aumento relativo de DCV é ainda pequeno nestes pacientes e que o benefício da TAR é impositivo em termos de melhora imunológica e morbimortalidade relacionada.

A lipodistrofia é um dos efeitos colaterais da TAR. Em nosso estudo, ela foi observada em 17 pacientes, o que corresponde a 13 % do total dos idosos. Esta baixa prevalência pode estar associada à nossa prática clínica de evitar a estavudina ou inibidores de protease nos idosos.

A substituição de estavudina por abacavir ou zidovudina parece diminuir os índices de lipodistrofia¹⁶. Dentre os 17 idosos, apenas três estavam em uso atual de estavudina. Os inibidores de protease são conhecidos causadores de lipodistrofia. Havia apenas sete pacientes com lipodistrofia utilizando estes medicamentos em nosso estudo.

Outros efeitos colaterais da TAR bastante encontrados neste estudo foram: náuseas, diarreia, dislipidemia e anemia, que cessaram após a troca de TAR ou controle medicamentoso. Nos pacientes idosos é sabido que as drogas tendem a causar maiores efeitos colaterais e que a interação medicamentosa é um aspecto que deve ser sempre relevado. Vale ressaltar que a TAR, apesar de sua indiscutível eficiência contra o HIV, por si já causa inúmeros efeitos adversos em indivíduos de qualquer idade, e nos idosos o impacto destas medicações provavelmente é maior e este fato deveria orientar a conduta médica.

ESTADO ATUAL DO PACIENTE

Cerca de 61% dos idosos encontravam-se em bom ou ótimo estado geral em sua última consulta. Foram relatados em prontuários apenas três óbitos, o que corresponde a cerca de 2% dos 128 pacientes.

DOENÇAS ASSOCIADAS

Doenças oportunistas, sífilis e hepatites B e C são frequentemente encontradas na população portadora de HIV adulta⁸. Tal fato também acontece com os idosos. Desconsiderado as infecções oportunistas (que têm causas diversas), presentes em 74% destes indivíduos, a doença mais associada aos idosos HIV positivos foi a sífilis, presente em mais de 20% dos 128 pacientes. Estudos epidemiológicos têm provado substancialmente que a infecção sifilítica, uma das causas de úlcera genital, facilita a transmissão do HIV^{17,18,19}. Úlceras sifilíticas destroem epitélio

e mucosa, facilitando então a passagem do HIV. Além disso, a sífilis, particularmente em sua forma secundária, pode aumentar a ativação imunológica de células hospedeiras, afetando a secreção de citocinas, incluindo o fator de necrose tumoral (TNF-alfa), e intensificando a produção de fatores de transcrição. Logo, há aumento da replicação do HIV^{20,21,22,23}. Existe um estudo mostrando ainda que, além de se associar a um crescimento significativo da carga viral do HIV no plasma, a sífilis também leva a uma diminuição bem marcada na contagem de células CD4 nos homens infectados pelo HIV²⁴. Somando todas estas informações à significativa taxa de sífilis em HIV positivos, o que inclui os idosos, torna-se imprescindível uma busca ativa destes pacientes, visando tratamento precoce tanto para a AIDS quanto para esta DST.

Já as hepatites B e C acometem, respectivamente, 6 e 9% dos nossos pacientes. São escassos os dados na literatura científica sobre a co-infecção viral de hepatite B (HBV), C (HCV) e HIV na faixa etária idosa.

COMORBIDADES

Um grande desafio na abordagem terapêutica nos pacientes com AIDS que já estão na terceira idade é o gerenciamento de outras comorbidades comuns ao idoso. A hipertensão arterial, em nosso estudo, foi a mais freqüente (33%), seguida por: dislipidemias, diabetes, oftalmopatias, depressão, osteoporose, doenças pulmonares, anemia, cardiopatias diversas e artropatias. Estas doenças fazem com que esta população seja usuária crônica de um grande número de medicamentos. Isso complica o tratamento da AIDS - que envolve também um grande número de pílulas, tanto para a TAR propriamente dita quanto para o tratamento ou profilaxia das infecções oportunistas relacionadas à AIDS. Um estudo em Chicago mostrou comorbidades semelhantes entre os pacientes, sendo a mais comum a hipertensão (presente em

61%), depressão (em 28%) e diabetes (em 26%) [8].

AIDS NO IDOSO

O tratamento e o acompanhamento da AIDS no idoso requerem cuidados especiais. A investigação quanto aos riscos de DCV deveria ocorrer regularmente, especialmente após início ou troca de TAR. Mudanças no estilo de vida, que vêm sendo bem estudadas na população em geral, como evitar o tabagismo, controlar a dieta e incrementar as atividades físicas deveriam ser implementadas rigorosamente¹⁰. Desta forma, as comorbidades relacionadas à terceira idade, à própria AIDS e aos efeitos colaterais da TAR seriam e, com isso, haveria significativa melhora na qualidade de vida desses indivíduos.

PREVENÇÃO E QUALIDADE DE VIDA E RECOMENDAÇÕES

Algumas medidas gerais podem amenizar os efeitos colaterais e interações medicamentosas, tornando o tratamento contra o vírus mais eficiente e levando uma melhor qualidade de vida aos pacientes. São elas: sempre que possível prescrever TAR de fácil posologia e baixo risco de efeitos colaterais; tratamento agressivo e precoce das infecções oportunistas; pesquisar sempre outras DSTs como a sífilis e hepatites virais; checar sempre as drogas em uso, as interações medicamentosas e os ajustes de doses; lembrar que alguns fitoterápicos interferem negativamente na TAR; medidas dietéticas adequadas; atividades físicas e mentais; repouso regular; evitar obesidade, etilismo ou tabagismo; envolver os familiares na condução do tratamento; intervalos menores interconsultas; apoio e conscientização da equipe multidisciplinar.

NECESSIDADE DE CAMPANHAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pelo exposto, torna-se necessária a adoção de medidas que diminuam o impacto da AIDS na terceira idade. Nesta faixa etária, o diagnóstico é muitas vezes complicado e muitos idosos estão falecendo nas emergências e demais serviços sem que a maioria dos médicos consiga diagnosticar a AIDS, visto que esta ainda não se insere no repertório do diagnóstico diferencial das doenças comuns deste grupo. Isto ocorre, em parte, porque existem ainda preconceitos quanto à sexualidade dos idosos. Além disso, algumas condições definidoras de AIDS, como perda ponderal, diarreia, pneumonias de repetição, doenças cutâneas, candidíase, anemia, demência, entre outras, podem ser comuns no idoso, confundindo o médico assistente, que freqüentemente não considera a AIDS como possível diagnóstico. Sendo assim, o tratamento específico do HIV e das doenças relacionadas à AIDS é postergado, e pela falta de reserva orgânica (já esperada no idoso), a evolução da AIDS geralmente é mais rápida, grave e fatal.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. <http://www.AIDS.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/AIDS.def>.
2. Chu PL, McFarland W, Gibson S, Weide D, Henne J, Miller P, et al. Viagra use in a community-recruited sample of men who have sex with men, San Francisco. *JAcquir Immune Defic Syndr*. 2003;33:191-3.
3. Castilla J, Noguera I, Belza MJ, del Amo J, Sanchez F, Guerra L. Are we diagnosing people infected with HIV in time? *Aten Primaria*. 2002;29:20-5.

4. Porter K, Wall PG, Evans BG. Factors associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. *BMJ*. 1993;307:20-3.
5. Nacher M, Guedj ME, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppie P. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. *AIDS*. 2005;19:727-738.
6. Giraud M. Analysis of sexual behaviour in the French Antilles and French Guiana. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS); 1995.
7. Law M, Prestage G, Grulich A, Van de Ven P, Kippax S. Modelling the effect of combination antiretroviral treatments on HIV incidence. *AIDS*. 2001;15:1287-1294.
8. Adeyemi OM, Badri SM, Max B, Chinomona N, Barker D. HIV Infection in Older Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2003;36:1347.
9. Shah SS, McGowan JP, Smith C, et al. Comorbid conditions, treatment, and health maintenance in older persons with human immunodeficiency virus infection in New York City. *Clin Infect Dis*. 2002;35:1238-43.
10. Grimes RM, Otiniano ME, Rodriguez-Barradas M, Lai D. Clinical experience with human immunodeficiency virus infected older patients in the era of effective antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2002;34:1530-3.
11. Knobel H, Guelar A, Valdecillo G, et al. Response to highly active therapy in HIV-infected patients aged 60 years or older after 24 months follow-up. *AIDS*. 2001;15:1591-3.
12. Perez JL, Moore RD. Greater impact of HAART on survival in people older than fifty with HIV infection compared to younger people in an urban observational cohort. *Clin Infect Dis*. 2003;36:212-28.
13. Behrens G, Dejam A, Schmidt H, Balks HJ, Brabant G, Korner T, et al. Impaired glucose tolerance, beta cell function and lipid metabolism in HIV patients under treatment with protease inhibitors. *AIDS*. 1999;13:F63-F70.
14. Schmidt HH, Behrens G, Genschel J, Stoll M, Dejam A, Haas R, et al. Lipid evaluation in HIV-1 positive patients treated with protease inhibitors. *Antivir Ther*. 1999;4:163-70.
15. Kamin DS, Grinspoon, SK. Cardiovascular disease in HIV-positive patients. *AIDS*. 2005;19:641-652.
16. McComsey G, Paulsen DM, Lonergan, JT, Hessenthaler SM, Hoppel CL, Williams VC, Fisher RL, Cherry CL, White-Owen C, Thompson KA, Ross ST, Hernandez JE, Ross LL. Improvements in lipotrophy, mitochondrial DNA levels and fat apoptosis after replacing stavudine with abacavir or zidovudine. *AIDS*. 2005;19:15-23.
17. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet*. 2001;357:1149-53.
18. Holmberg SD, Stewart JA, Gerber AR, Byers RH, Lee FK, O'Malley PM, et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. *JAMA*. 1988;259:1048-50.

19. Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, Ndinya-Ochola JO, Kreiss JK, Gakinya MN, et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human Immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis.* 1991;163:233-9.
20. Bentwich Z, Maartens G, Torten D, Lal AA, Lal RB. Concurrent infections and HIV pathogenesis. *AIDS.* 2000;14:2071-81.
21. Klausner JD, Makonkawkeyoon S, Akarasewi P, Nakata K, Kasinrerk W, Corral L, et al. The effect of thalidomide on the pathogenesis of human immunodeficiency virus type 1 and *M. tuberculosis* infection. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1996;11:247-57.
22. Lawn SD, Shattock RJ, Acheampong JW, Lal RB, Folks TM, Griffin GE, et al. Sustained plasma TNF-alpha and HIV-1 load despite resolution of other parameters of immune activation during treatment of tuberculosis in Africans. *AIDS.* 1999;13:2231-7.
23. Sulkowski MS, Chaisson RE, Karp CL, Moore RD, Margolick JB, Quinn TC. The effect of acute infectious illnesses on plasma human immunodeficiency virus (HIV) type 1 load and the expression of serologic markers of immune activation among HIV-infected adults. *J Infect Dis.* 1998;178:1642-8.
24. Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, Klausner JD. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS.* 2004;18:2075-9.

PARAGANGLIOMA MALIGNO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

MALIGNANT PARAGANGLIOMA: CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

Bruno Coelho da Rocha Lázaro¹, José Alberto Landeiro², Soniza Vieira Alves Leon³

RESUMO

Paraganglioma é um tumor raro, composto de células cromafins, derivado do tecido paragangliônico, grupo celular relacionado ao sistema nervoso autônomo. Pode ser encontrado em diversas localizações. Quando de aparecimento na glândula adrenal recebe a denominação de feocromocitoma. A apresentação do tumor é variável; na maioria das vezes é representado como uma massa assintomática de crescimento lento, comprimindo estruturas adjacentes; por outro lado, o tumor pode secretar catecolaminas, produzindo um quadro característico de hipertensão, paroxismos e cefaléia. Paragangliomas malignos são tumores extremamente raros; são caracterizados pela recorrência local após sua ressecção completa ou pelo aparecimento de metástases à distância. A análise imuno-histoquímica dos paragangliomas pode trazer um valor prognóstico; os paragangliomas benignos apresentam-se mais intensamente corados pela enolase, cromogranina e met-enkefalina, e reagem a um número maior de reagentes imuno-histoquímicos, quando comparados com paragangliomas malignos. O diagnóstico é baseado através de imagens de ressonância magnética e angiografia; O uso da cintilografia com I¹³¹-MIBG possui implicações tanto diagnósticas quanto terapêuticas; o I¹³¹-MIBG é captado pelo tecido paragangliônico, informando a localização do mesmo; quando utilizado em altas doses está relacionado com redução do tecido tumoral. O tratamento dos paragangliomas é realizado com a ressecção cirúrgica da lesão; o tratamento da recidiva local pode ser realizado com o uso adjuvante de radioterapia convencional, uso de I¹³¹-MIBG ou de quimioterapia, especialmente os paragangliomas malignos. Este estudo apresenta um relato de caso de uma paciente de 29 anos que apresentou metástases vertebrais após 5 anos do diagnóstico e tratamento cirúrgico de um paraganglioma do corpo carotídeo. Ela foi submetida a uma correção cirúrgica das lesões vertebrais, e tratamento adjuvante com radioterapia. A paciente encontra-se atualmente assintomática.

Palavras-chave: Paraganglioma maligno, glioma.

ABSTRACT

Paraganglioma is a rare tumor, composed by chromaffin cells derived from the paraganglionic tissue, group of cells associated to the Autonomous System. Paragangliomas can be found in several localizations; when the primary localization is the adrenal gland, the tumor is called pheochromocitoma. The presentation of the tumor is variable: in most cases it is represented as an asymptomatic mass with slow growth, comprising the anatomic structures around it; on the other hand, the tumor can secrete catecholamines, inducing a typical picture represented as hypertension, paroxysms and headache.