

Cair no diagnóstico de VIH: relato de caso

Cláudia Coelho,¹ Clara Jorge²

RESUMO

Introdução: A prevalência da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) parece haver estabilizado nos 0,7%, enquanto em alguns países continua a aumentar. Durante muitos anos estava apenas associada ao continente africano e a populações específicas, mas atualmente constata-se um aumento de incidência nos países desenvolvidos. Esta infeção pode ser assintomática ou ter sintomas inespecíficos. Estes dependem do estágio da doença, da carga viral ou do estado imune do hospedeiro. Este caso mostra o desafio do diagnóstico de VIH, relatando uma forma de apresentação sintomática rara.

Descrição do caso: Homem de 21 anos de idade, de nacionalidade angolana, que recorre à consulta aberta nos cuidados de saúde primários por quedas frequentes no último mês associadas a sensação de falta de força nos membros inferiores. À avaliação física constata-se uma discreta diminuição global da força nas quatro extremidades, com maior tradução no membro superior esquerdo. Nega práticas sexuais de risco ou consumo de drogas parenterais. Após realização de estudo analítico, estudo eletromiográfico e tomografia computadorizada crânio-encefálica, da coluna cervical e lombar, constata-se um resultado positivo para a infeção por VIH como a causa desencadeante da sintomatologia apresentada.

Comentário: O que inicialmente pareciam sintomas relacionados com uma doença neuromuscular incipiente veio a revelar-se o diagnóstico de uma infeção vírica. Pela inespecificidade dos seus sintomas é importante manter um elevado nível de suspeição para a infeção por VIH. No caso relatado, a neuropatia periférica era a única manifestação desta infeção. Ainda que tenha uma prevalência de até 60% entre os infetados, é rara como manifestação isolada. A sua etiopatologia não é ainda clara, sabe-se que é multifatorial e progressiva. Presentemente o doente encontra-se estável com o início da terapêutica antirretroviral, com melhoria da sintomatologia.

Palavras-chave: VIH; Neuropatia; Dor neuropática.

INTRODUÇÃO

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a alastrar em todo o mundo. A incidência está a aumentar em todos os continentes e em todos os estratos da sociedade. A infeção adquirida por transmissão sexual continua a ser responsável por 80% dos novos casos em todo o mundo. No entanto, desde há vários anos que deixou de ser quase exclusiva de homens que têm atividade sexual com outros homens e de trabalhadores do sexo. Excetuando os países da África Subsariana, onde a incidência da doença continua a aumentar, principalmente entre os indivíduos heterossexuais, no resto do mundo, o risco de contrair uma infeção por VIH

com indivíduos dos dois primeiros grupos é exponencialmente maior.¹⁻²

A infeção por VIH pode apresentar-se com sintomas muito inespecíficos ou mesmo inexistentes nas fases aguda e subaguda.³

A neuropatia periférica (NP) é a sua complicação neurológica mais frequente; no entanto, não é a mais típica forma de apresentação, já que é mais comum em estádios avançados da doença, momento no qual estão presentes outros sintomas e sinais da mesma.⁴ É por isso necessário um elevado grau de suspeição para conseguir chegar ao diagnóstico nos cuidados de saúde primários (CSP). Descreve-se uma manifestação atípica de uma infeção que ressalva a complexidade da especialidade de medicina geral e familiar (MGF) e que, apesar da sua tendência decrescente sustentada nos países da Europa Ocidental, em Portugal mantém elevadas taxas de novos diagnósticos.⁵

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. UCSP Santa Maria I – ULS Nordeste. Bragança, Portugal.

2. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. UCSP Santa Maria I – ULS Nordeste. Bragança, Portugal.



Este caso demonstra características nucleares da MGF, como a abordagem da doença, reconhecendo particularidades das mesmas em todas as fases de evolução e a tomada de decisão baseada em conhecimentos sólidos sobre a epidemiologia da comunidade que serve. Destaca também o facto dos CSP serem a porta de entrada de todo o sistema de saúde e como o médico de família se assume como fulcral neste diagnóstico e na qualidade de vida futura do doente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente de 21 anos, sexo masculino, solteiro, raça negra, de nacionalidade angolana, estudante do ensino superior, inserido numa família de co-habitação e que reside há três meses em Portugal. Tem, como antecedentes pessoais de relevo, asma e malária cerebral aos oito anos de idade. Nega antecedentes tabágicos, mas refere ser consumidor ocasional de álcool (não quantificável, mas sem *binge drinking*). Nega outros consumos tóxicos. Não faz qualquer medicação habitual. Sem antecedentes familiares de relevo. Heterossexual, nega história de infeções sexualmente transmissíveis. Usa preservativo como método contraceptivo. Sem parceira estável atualmente, relata práticas sexuais desprotegidas na relação anterior, que cessou cerca de um ano antes. Nega consumo de drogas parenterais ou história de transfusões no passado. Plano Nacional de Vacinação angolano completo, com imunização completa contra a COVID-19.

Recorre a uma consulta não programada nos CSP para solicitar a emissão de um atestado médico de forma a justificar o absentismo escolar. Quando questionado sobre o motivo do absentismo relata quedas frequentes ao longo do último mês, associadas a mialgias e sensação de diminuição da força nos membros inferiores que chegavam a dificultar a deambulação. Nega disestesias. Além disso, mostra preocupação pelo impacto que esta sintomatologia tem assumido no seu dia-a-dia, mas também na sua atividade académica. Ao exame objetivo encontra-se apirético e hemodinamicamente estável. No exame neurológico constata-se diminuição da acuidade visual no olho esquerdo, presente desde a infância, atribuída a sequela da malária. Objetiva-se também diminuição da força nos quatro membros, de grau 4 em 5 no membro superior esquerdo e 4+ em 5 nos restantes membros. Sem alterações cu-

tâneas ou meningismo. Sem estigmas de uso de drogas parenterais ou alcoolismo. Avaliação da orofaringe sem alterações. Não se identificam gânglios palpáveis na região occipital, cervical, supraclavicular, axilar ou inguinal. A auscultação cardíaca e pulmonar estava dentro dos parâmetros da normalidade. Nega sudorese, perda de peso ou evidência de febre nos últimos meses. Sem outras alterações na avaliação médica.

Consultado o Registo de Saúde Eletrónico verificou-se que havia sido avaliado em contexto de urgência hospitalar com a mesma sintomatologia em múltiplas ocasiões. Realizou um estudo analítico onde apresentava neutropenia de $2,29 \times 10^9/L$ e um aumento da creatinaquinase (CK) total de 273 U/L. Foi incentivado a procurar avaliação nos CSP, dado não se tratar de uma situação que requeresse cuidados imediatos.

Dada a sintomatologia do doente, as hipóteses diagnósticas propostas foram apresentação inicial de uma doença autoimune ou de uma patologia neuromuscular degenerativa, neuropatia periférica por compressão ou ainda uma infeção vírica.

Na consulta foram pedidos exames complementares de diagnóstico (ECD): hemograma completo, estudo da coagulação, ionograma, creatinina, ureia, glicose, aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, gama-glutamiltransferase, fosfatase alcalina, CK total, vitamina B12, proteína C reativa, velocidade de sedimentação, anticorpos antinucleares, pesquisa de anticorpo HLA-B27, fator reumatoide, perfil lipídico, hormona tiroestimulante e T4 livre, serologias para pesquisa de citomegalovirus, toxoplasmose, vírus Epstein Barr, VIH 1 e 2, anticorpo anti-VHC, antigénio HBs e testes não treponémicos (VDRL). Para além do estudo analítico foi também pedido um exame eletromiográfico dos quatro membros, bem como tomografias computadorizadas (TC) do crânio, da região cervical e lombar.

Cerca de três semanas após o primeiro contacto com os CSP vem novamente à consulta para mostrar os resultados dos exames pedidos. Nestes destaca-se apenas uma neutropenia de $1,23 \times 10^9/L$ e a positividade para a infeção por VIH.

O doente foi então referenciado para a consulta de infecologia. Após a realização de uma primeira consulta foram pedidos novos ECD com vista ao início da terapia antirretroviral. Apresentava 775 linfócitos CD4 e positividade para o VIH-1 de subtipo G, sem mutações.



Iniciou terapia antirretroviral com lamivudina 300 mg e dolutegravir 50 mg, com boa tolerância. Atualmente, o doente apresenta melhoria das quedas e não manifesta nova sintomatologia, ainda que relate a mesma sensação de falta de força. Mantém acompanhamento regular na consulta de infeciologia.

COMENTÁRIO

As complicações neurológicas estão descritas em todas as fases de evolução da infecção por VIH, sendo a NP a mais frequente.⁴ Pode atingir 30 a 60% de prevalência nos doentes infetados e resulta de degeneração axonal.⁶

Entre as várias apresentações clínicas da NP, a polineuropatia simétrica distal é a mais comum.⁴ Trata-se uma polineuropatia que afeta as extremidades, sendo a apresentação nos membros superiores, por norma, mais tardia que nos membros inferiores (MI). Caracteriza-se por uma afetação nervosa mista, sensorial e motora. Entre as manifestações deste quadro encontram-se parestesias, distesias e/ou diminuição/abolição dos reflexos osteotendinosos. As sensibilidades algica, térmica e vibratória podem apresentar afetação variável. Na avaliação da força, estes doentes podem manifestar uma diminuição da mesma nas extremidades, ainda que de forma discreta,^{4,7-8} mas na maioria das vezes esta está conservada.⁶

Diversos estudos implicam fatores inflamatórios na patogénese sem ser conhecido o mecanismo exato, mas acredita-se que terá uma etiologia multifatorial.⁶ Com a progressão do quadro são também frequentemente relatadas queixas algicas intensas. Consequentemente, a qualidade de vida destes doentes é afetada com o comprometimento da sua autonomia.⁴

Além da NP associada à infecção por VIH, a literatura descreve uma associação reconhecida entre esta infecção e o síndrome de Guillan-Barré.⁹ É uma apresentação mais típica de fases precoces da infecção.⁹ Este síndrome advém da imunossupressão provocada pela infecção por VIH, impulsionando as infeções oportunistas como por citomegalovírus.⁹ Clinicamente apresenta-se como uma NP sensitivo-motora, onde as parestesias e a fraqueza nos MI são os sintomas mais reconhecidos ao diagnóstico.⁹

O tratamento da NP é sintomático, sendo os antidepressivos tricíclicos algumas das opções que mostraram

superioridade ao placebo.¹⁰ No momento não existe um *gold standard* para o diagnóstico. É recomendável excluir sempre outras causas de NP.¹⁰

É, portanto, mandatário recordar a infecção por VIH quando se procuram causas de NP. Desta forma, é necessário inquirir estes doentes sobre comportamentos sexuais de risco ou consumo de drogas, além de procurar sinais e sintomas que possam reforçar a suspeita desta infecção.

A evidência mostra que a NP continua a ser comum, apesar do início precoce da terapia e com recurso a tratamentos cada vez mais adequados.¹¹ Será necessária mais investigação sobre a patogénese desta condição para possibilitar o desenvolvimento de mecanismos de prevenção e tratamento mais adequados.¹²⁻¹³

Em conclusão, destaca-se o papel do médico de família no reconhecimento de sinais e sintomas das patologias em todas as fases de evolução, dado este ter sido o primeiro contacto do doente com o sistema de saúde e o papel daquele na orientação adequada do doente na continuação dos seus cuidados. Este relato de caso denota como os CSP tiveram um papel meritório no prognóstico e na qualidade de vida futura deste doente.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a todos os que contribuíram com a leitura crítica deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quinn TC. Global epidemiology of HIV infection. In: UpToDate [Internet]; 2022 [updated Sep 9]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection>
2. Sax PE. Acute and early HIV infection: clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate [Internet]; 2022 [updated 2022 Apr 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis>
3. Wood BR. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents. In: UpToDate [Internet]; 2021 [updated 2023 Feb 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/the-natural-history-and-clinical-features-of-hiv-infection-in-adults-and-adolescents>
4. Wulff EA, Wang AK, Simpson DM. HIV-associated peripheral neuropathy. *Drugs*. 2000;59(6):1251-60.
5. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção por VIH em Portugal – 2022 [Internet]. Lisboa: DGS/INSA; 2022. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/8383>
6. Egan KE, Caldwell GM, Eckmann MS. HIV neuropathy: a review of mechanisms, diagnosis and treatment of pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2021;25(8):55.



7. Simpson DM. Selected peripheral neuropathies associated with human immunodeficiency virus infection and antiretroviral therapy. *J Neurovirol.* 2002;8 Suppl 2:33-41.
8. Dorsey SG, Morton PG. HIV peripheral neuropathy: pathophysiology and clinical implications. *AACN Clin Issues.* 2006;17(1):30-6.
9. Millogo A, Sawadogo A, Lankoandé D, Sawadogo AB. Syndrome de Guillain-Barré chez les patients infectés par le VIH à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) [Guillain-Barré syndrome in HIV-infected patients at Bobo-Dioulasso Hospital (Burkina Faso)]. *Rev Neurol (Paris).* 2004;160(5 Pt 1):559-62. French
10. Anastasi JK, Pakhomova AM. Assessment and management of HIV distal sensory peripheral neuropathy: understanding the symptoms. *J Nurse Pract.* 2020;16(4):276-80.
11. Kamerman PR, Wadley AL, Cherry CL. HIV-associated sensory neuropathy: risk factors and genetics. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(3):226-36.
12. Schütz SG, Robinson-Papp J. HIV-related neuropathy: current perspectives. *HIV AIDS (Auckl).* 2013;5:243-51.
13. Cherry CL, Kamerman PR, Wadley AL. Diagnosing and treating HIV-associated sensory neuropathy: a global perspective. *Pain Manag.* 2016;6(2):191-9.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CC e CJ; metodologia, CC e CJ; *software*, CC; validação, CC e CJ; análise formal, CC e CJ; investigação, CC e CJ; recursos, CC e CJ; curadoria de dados, CC; redação do *draft* original, CC; revisão, validação e edição do texto final, CC; supervisão, CJ. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o estudo não foi objeto de quaisquer subsídios ou bolsas.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cláudia Coelho
E-mail: claudiacoelho9@icloud.com
<https://orcid.org/0000-0002-0654-8566>

Recebido em 14-02-2023

Aceite para publicação em 14-10-2023

ABSTRACT

FALL INTO HIV DIAGNOSIS: CASE REPORT

Introduction: The prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) infection seems to be stabilized at 0.7% but in some countries, it continues to rise. For many years it was only associated with the African continent and specific populations, but today there is an increase in the incidence in developed countries. This infection can be asymptomatic or have non-specific symptoms. Those depend on the stage of the disease, the viral load, or the host's immune status. This case shows how the diagnosis of HIV remains a real challenge, reporting a rare form of symptomatic presentation.

Case description: A 21-year-old male, with Angolan nationality, went to primary health care consultation due to frequent falls in the last month associated with a sensation of lack of strength in the lower limbs. During physical evaluation, a discrete global reduction of strength in the four extremities was noted, most markedly in the left upper limb. The patient denied risky sexual practices or parenteral drug consumption. After carrying out complementary analytical studies, an electromyographic study, and computed tomography of the brain, cervical, and lumbar spine, the results came back positive for HIV infection as the cause of the presented symptoms.

Comment: What at first seemed to be symptoms related to an incipient neuromuscular disease turned out to be the diagnosis of a viral infection. Due to the nonspecificity of the symptoms, it is important to maintain a high level of suspicion of HIV infection. In this case, peripheral neuropathy was the only manifestation reported. Although it has a prevalence of up to 60% among the infected, it is rare as an isolated sign. Its aetiopathology is still unclear, but it is known to be multifactorial and progressive. Nowadays the patient is stable after the initiation of antiretroviral therapy, with improvement in symptomatology.

Keywords: HIV; Neuropathic pain; Neuropathy.