

COMUNICAÇÃO

O QUE SE DEVE FAZER QUANDO SE SUSPEITA DO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA?

Y. Meunier

O diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) só poderá ser estabelecido através de um conjunto de dados clínicos, epidemiológicos, biológicos e imunológicos. Após uma revisão da literatura estabelecemos os critérios que permitiam evitar os excessos ou faltas de diagnósticos, na maioria das vezes devidos à falta de referências precisas.

Certas características permitem definir a SIDA:

1. Deve suspeitar-se desta entidade no caso de um paciente que apresenta um déficit da imunidade celular e uma ou mais das infecções oportunistas, a seguir:

- Parasitárias: pneumocistose pulmonar, meningoencefalite toxoplásmica, criptosporidiose digestiva, estrongiloidíase disseminada.
- Micoses: candidíase do esôfago, aspergilose do sistema nervoso central (SNC), criptococose do SNC.
- Bacterianas: micobacterioses atípicas.
- Virais: infecção do pulmão, do SNC ou do trato digestivo pelo citomegalovírus; infecção do SNC, do pulmão, do trato digestivo ou envolvimento mucocutâneo extenso pelo vírus herpes; leucoencefalite multifocal progressiva.

Assim como outras infecções: legionelose, listeriose, nocardiose, tuberculose multivisceral evolutiva, salmoneloses reincidentes.

2. Não se deve incluir um indivíduo que tenha recebido corticoterápico ou imunossuppressores nos 3 meses que antecedem o primeiro sintoma ou:

- Alguém tendo linfoma de Hodgkin ou outro, mieloma ou leucemia linfóide (pelo contrário o linfoma cerebral isolado pode ser sugestivo de SIDA).

- Alguém tendo mais de 60 anos ou menos de 28 dias.
 - Uma pessoa com déficit imunitário congênito.
3. Verificar se o paciente pertence a um grupo de risco:
- Homossexualidade (principal);
 - Toxicomania por via intravenosa;
 - Hemofilia;
 - Origem geográfica (Haiti; África Equatorial: Zaire, Congo, Mali; Europa Central; Bacia do Mediterrâneo; Nova Iorque; São Francisco).
4. Verificar se ele apresenta as manifestações clínicas seguintes, num período de três meses:
- Adenopatias atingindo duas áreas ganglionares sem contigüidade (exceto os gânglios inguinais);
 - Perda de peso superior ou igual a 10% do peso corpóreo ou sete quilogramas;
 - Febre acima de 38°C durante pelo menos 3 semanas no decorrer do período de 3 meses;
 - Suores noturnos;
 - Candidíase oral ou dermatite seborréica;
 - Astenia;
 - Diarréia persistindo mais de um mês.
5. Tentar identificar as modificações biológicas seguintes:
- Diminuição dos linfócitos T “auxiliares” abaixo de 600.
 - Diminuição da relação $\frac{T \text{ “auxiliar”}}{T \text{ supressor}}$ abaixo de 1.
 - Leucopenia inferior a 4.000 ou trombocitopenia inferior a 100.000 com linfopenia abaixo de 1.500.
 - Anergia cutânea ao multitest (tuberculina, candidina, varidase).
 - Diminuição das respostas proliferativas dos linfócitos abaixo de 50% do normal.
 - Aumento das β_2 -microglobulinas acima de 3mg/l.
 - Presença de complexos imunes circulantes.

Endereço para correspondência: Dr. Y. Meunier, Departamento de Medicina Tropical e Parasitologia do Prof. Gentilini, Pavillon Laveran, Hôpital de la Salpêtrière. 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France.
Recebido para publicação em 20/2/1984.

Para reunir os critérios de inclusão na SIDA um indivíduo deve apresentar pelo menos duas dessas manifestações clínicas e duas dessas anomalias biológicas.

6. Quando o diagnóstico de SIDA for estabelecido se deve realizar um inquérito entre os contatos e controle assim definidos:

- O indivíduo contato teve, pelo menos, cinco relações sexuais com um doente com SIDA.
- O controle vive com um doente com SIDA mas sem com ele ter relações sexuais.

Além disso, deve-se verificar se o doente tem doado sangue e a seguir tentar identificar as pessoas que receberam seu sangue.

7. Deve-se, sistematicamente, encaminhar o paciente a um departamento especializado para um estudo

mais amplo: biológico, imunitário, endoscopia alta e baixa, estudo do trânsito do intestino delgado, biópsia medular, exame parasitológico das fezes, se for necessário uma biópsia de gânglio com um "check-up" particular em caso de febre e localização infecciosa incluindo uma punção – biópsia do fígado. O paciente deve ser submetido a exames de controle sorológicos mensais. Assim que o diagnóstico for feito o doente receberá um tratamento específico e/ou um tratamento "de base" experimental em função desse diagnóstico (interferon α , timulina etc).

Finalmente, e sobretudo, os especialistas deverão procurar o possível agente etiológico dessa infecção (retrovírus c: LAV* ou HTLV**).

* Linfadenopathy-associated-virus.

** Human T cell leukemia lymphoma virus.