

## CAROLINA GOMES MACHADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médica Residente do serviço de pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis – Anápolis - Goiás.

E-mail: [carolinagmachado@outlook.com.br](mailto:carolinagmachado@outlook.com.br)

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar caso de paciente pediátrica apresentando sinais de HIV na fase AIDS e sem diagnóstico fechado. **Descrição do caso:** Menina de 7 anos, iniciou quadro de pancitopenia, febre e linfonodomegalias, associada a infecções intermitentes, passou por vários serviços pediátricos e recebeu diferentes diagnósticos antes de ser confirmada a infecção pelo vírus do HIV. **Considerações Finais:** A infecção pelo HIV ainda é uma realidade na clínica pediátrica. Mesmo a transmissão vertical sendo a principal via de contaminação, não se deve descartar a suspeita em crianças que apresentam clínica sugestiva.

**Palavras-Chaves:** HIV, Aids, Pediatria, Crianças.

---

### RELATO DE CASO: HIV DESCOBERTO TARDIAMENTE NA INFÂNCIA, O PEDIATRA DEVE PENSAR NESSE DIAGNÓSTICO

#### INTRODUÇÃO

A história da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), teve início há cerca de 30 anos, quando os primeiros casos da doença foram identificados no mundo, podendo dessa forma ser considerada como uma epidemia recente, porém com grande impacto não só no campo epidemiológico, mas também nos campos cultural e social (VERBURG; CHAVES, 2006).

No Brasil, ainda existe um expressivo crescimento da epidemia da AIDS gerando um importante impacto. A epidemiologia nos mostra que o número de portadores do HIV cresceu significativamente em um pequeno intervalo de tempo, refletindo não somente a um maior número de contaminação pelo vírus, mas também a um aumento de sobrevivência dos pacientes infectados, o que aconteceu com a evolução do diagnóstico, início precoce

---

e maior adesão ao tratamento e evolução farmacológica dos antirretrovirais. Inicialmente, a AIDS parecia restrita a “grupos de risco”, como homossexuais masculinos e bissexuais, porém, no decorrer dos anos observou-se um deslocamento para a população heterossexual masculina e feminina (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999).

Com o maior acometimento do grupo feminino pelo vírus do HIV, conseqüentemente, começa-se a observar um maior acometimento da faixa etária pediátrica, visto que a transmissão vertical é a principal via de contaminação em crianças. Acredita-se que existam 39,5 milhões de portadores do vírus HIV no mundo, destes 2,3 milhões são crianças de até 15 anos, o número de novas crianças infectadas chega a 1.700 por dia (YEUNG; GIBB, 2001).

Alguns fatores são independentes quanto ao risco de transmissão vertical, são eles: carga viral, duração de ruptura de membranas, prematuridade e tipo de parto. Por outro lado, a instituição de terapêutica antirretroviral para a mãe e para o recém-nascido, o parto cesáreo eletivo e a contra-indicação da amamentação, são fatores que reduzem as taxas de transmissão vertical para 2% ou menos (YEUNG; GIBB, 2001). Outras formas de contaminação, embora menos frequentes, também são possíveis e devem ser pensadas na faixa etária pediátrica, como a contaminação por abuso sexual ou por transfusão de hemoderivados.

Mesmo se tratando de uma doença sem cura definitiva, o diagnóstico no início da infecção pelo HIV oferece inúmeros benefícios para o paciente. As vantagens da detecção precoce incluem a possibilidade de cura funcional (estágio em que o vírus continua presente, mas não requer tratamento antirretroviral pelo controle da viremia) e o tratamento no tempo do risco máximo para transmissão (TEMIYE et al., 2006).

## **DESCRIÇÃO DO CASO**

Paciente R.C.M.S., sexo feminino, 7 anos e 10 meses, baixo peso para idade, procurou Pronto Socorro (PS) da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis (SCMA) por febre de 10 dias de evolução, calafrios e astenia. Havia sido diagnosticada recentemente com Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) após internação no Hospital Materno Infantil de Goiânia (HMI). Ao exame físico apresentava-se taquicardia, hipocorada, orofaringe hiperemiada e com gotejamento posterior. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular audível e broncofonia na base direita. O hemograma realizado na admissão evidenciava

pancitopenia (hemoglobina de 7,5 g/dl, hematócrito de 23,2%, leucócitos de 4.300/mm<sup>3</sup>, com 8% de bastonetes e plaquetas de 111.000/mm<sup>3</sup>) e a radiografia de tórax mostrava a presença de infiltrado peri-hilar bilateral associado a linfonomegalia hilar. Foi levantada hipótese diagnóstica inicial de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e sinusite bacteriana e, dessa forma, foi indicada internação com administração de Ceftriaxone 1g de 12/12h.

Durante a internação, mantiveram-se os episódios de febre diários, predominantemente no fim da tarde e à noite. Evoluiu com leve distensão abdominal, sem dor ou visceromegalias e notou-se a presença de linfonomegalias cervicais bilaterais de aproximadamente 0,8 cm indolores, submentoniana de aproximadamente 1 cm indolor, axilar direito de aproximadamente 0,8 cm indolor e inguinais bilaterais de aproximadamente 1,8 cm indolores. Foi realizada uma ultrassonografia de abdome total que revelou discreta esplenomegalia e líquido livre na pelve.

A pedido da equipe pediátrica, a criança passou a ser acompanhada pelo serviço de Hematologia, que inicialmente aventou diagnósticos como Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), Anemia ferropriva e Anemia de inflamação. Para elucidá-los, foram solicitados novos exames laboratoriais, que evidenciaram piora da pancitopenia, quedas progressivas das plaquetas, contagem de reticulócitos baixos (0,6% e 1,2%) e alterações sugestivas de anemia ferropriva (anemia hipocrômica, microcítica, RDW aumentado, ferro sérico baixo, capacidade de ligação de ferro baixa e transferrina baixa). Diante de tais exames, a equipe hematológica levantou a hipótese de aplasia de medula e programou a realização de um mielograma.

No sexto dia de internação, a acompanhante apresentou resultados de sorologias para Epstein-BAAR, CMV e Hepatite B, que a paciente havia realizado antes da hospitalização, das quais a sorologia para Epstein-BAAR apresentava valores positivos para IgG e IgM, sendo, então, solicitada a avaliação da equipe de infectologia. No mesmo dia, chegaram os resultados de algumas sorologias solicitadas pelo médico da Estratégia de Saúde da Família da paciente, e coletadas no dia da admissão por conta própria da acompanhante. Foram elas: VDRL, Rubéola e HIV 1 e 2, das quais a única positiva foi a sorologia para o vírus do HIV.

A equipe pediátrica solicitou, então, a presença da equipe de psicologia para dar o diagnóstico para a criança e para os familiares. Na investigação da transmissão, foi revelado que a mãe possuía um histórico de ser usuária de drogas e manteve o uso durante

a gestação da paciente. No entanto, ao ser solicitado o histórico obstétrico da mãe, visto que a paciente coincidentemente nasceu na SCMA, foi constatado que no momento do parto, assim como em dois partos posteriores ao da paciente, a mãe não era HIV reagente.

Foi solicitado carga viral da paciente e transferência ao Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT) de Goiânia. Até o momento da transferência não foi possível identificar a forma de contaminação da criança.

## **DISCUSSÃO**

O diagnóstico de AIDS em crianças é um desafio, especialmente em países subdesenvolvidos que dispõem de poucos recursos para a elucidação diagnóstica. Os sinais e sintomas cursam com as doenças mais comuns da infância o que pode retardar ainda mais o diagnóstico.

As apresentações clínicas incluem febre prolongada ou recorrente sem foco esclarecido, diarreia recorrente ou crônica, linfonodomegalias difusas, tosse persistente, infecções recorrentes de vias aéreas superiores (incluindo sinusites e otites) e inferiores (pneumonias), monilíase oral persistente, baixa estatura e inadequado ganho ponderal, lesões de pele, especialmente, eczema, hepatoesplenomegalia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (TEMIYE et al., 2006).

O caso descrito cursa com vários dos sintomas acima identificados, como febre, linfadenopatia generalizada, sinusite e pneumonia. É importante ressaltar que todos os diagnósticos foram elucidados de forma isolada no decorrer da internação, e não pensados como uma única síndrome. O diagnóstico dessa paciente foi feito a partir de um pedido de sorologia solicitado pelo médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) antes da admissão da criança no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, e, se não fosse por sua suspeita e solicitação de sorologia, esse diagnóstico possivelmente não teria sido fechado nessa internação.

Coincidentemente, as sorologias solicitadas pelo médico da ESF haviam sido coletadas na própria SCMA antes da internação da paciente no PS, o que possibilitou que os exames chegassem até o prontuário, mesmo sem terem sido solicitados pelos médicos assistentes do caso. Com isso, a incerteza diagnóstica inicialmente muito presente, inclusive em outras unidades de internação, diante de um caso aparentemente desconexo, com múltiplas hipóteses e diagnósticos que não se complementavam, se desfez a partir do resultado da sorologia de HIV reagente.

Se toda a sintomatologia apresentada pela paciente fosse encontrada num paciente adulto, a sorologia do anti-HIV possivelmente teria sido um dos primeiros exames a ser solicitado, porém se tratando se uma paciente pediátrica, com história neonatal negativa e sem histórico de hemotransfusões prévias, esse diagnóstico parecia muito improvável.

Outro momento crítico foi o do diagnóstico, para o qual foi solicitado o suporte da equipe de psicologia, uma vez que a acompanhante, no primeiro momento, ao receber o diagnóstico se descompensou muito a ponto de ser necessário retirar a criança do quarto até que ela se acalmasse, evidenciando o estigma que ainda é tido sobre a doença.

A revelação do diagnóstico é um momento crítico no processo de atenção à saúde de crianças e adolescentes infectados pelo HIV e suas famílias, pois é um momento de essencial para a elaboração e planejamento do seguimento, assim como para elucidar dúvidas do paciente e de seus familiares sobre a evolução e prognóstico da doença (BARTLETT, 2013).

A AIDS na faixa pediátrica requer além de conhecimentos atualizados, o envolvimento de todos os cuidadores implicados no processo, com esclarecimento de dúvidas e soluções que contemplem a complexidade dos fatores que se fazem presentes quando se comunica à criança e seus familiares sobre o seu diagnóstico (MARQUES et al., 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O HIV ainda é uma infecção presente na faixa etária pediátrica e que não pode deixar de ser considerado quando estivermos diante de um caso que apresente sinais ou sintomas sugestivos da doença. A transmissão vertical é a principal via de contaminação, porém existem outras formas de transmissão possíveis e uma mãe HIV não-reagente não exclui o diagnóstico em uma criança que apresente sintomas sugestivos da doença. Quanto mais tardio for o diagnóstico e a instituição do tratamento, maiores serão os prejuízos para o paciente, tanto do âmbito biológico quanto do âmbito psíquico.

---

## **REFERÊNCIAS**

1. Verburg D, Chaves MMn. O perfil de crianças expostas ao vírus hiv em um serviço público no município de Curitiba- PR. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.8, n.3, p.242-250, set./dez. 2006.

2. Parker R, Galvão J, Bessa MS. Saúde, desenvolvimento e política – respostas frente à AIDS no Brasil. 1. ed. São Paulo: Editora 34; 1999.
3. Yeung SM, Gibb DM. Paediatric HIV infection-diagnostic and epidemiological aspects. Int J STD AIDS 2001; 12:549-54.
4. Temiye EO, Akinsulie AO, Ezeaka C, Grange AO. Constraints and prospects in the management of pediatric HIV/AIDS. Journal of the National Medical Association. VOL. 98, n. 8, ago. 2006.
5. BARTLETT, J. G. 10 Chances in HIV Care That Are Revolutionizing The Field. Medscape: 2013. Acesso em: 20/10/2018. Disponível em: <https://www.medscape.com/viewarticle/814712>
6. Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRCM, DellaNegra, M, et al. Revelação do diagnóstico e adolescentes vivendo com HIV/AIDS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(3):619-629, mar, 2006.