

# ABDOME AGUDO: MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - RELATO DE DOIS CASOS

HOMERO BRUNO KLAUCK  
DAVID SZPACENKOPF, TSBCP  
JORGE B. FAYAD  
WALLACE CEOTTO MATHIAS  
JOSÉ RICARDO COUTINHO, TSBCP  
CARLOS EDUARDO L. MOREIRA, TSBCP  
MIGUEL ARCANJO SÁ, TSBCP  
APOLÔNIO C. CARVALHO  
LEONALDSON SANTOS CASTRO, FSBCP

---

KLAUCK HB, SZPACENKOPF D, FAYAD JB, MATHIAS WC, COUTINHO JR, MOREIRA CEL, SÁ MA, CARVALHO AC & CASTRO LS - Abdome agudo: manifestação primária da síndrome de imunodeficiência adquirida - Relato de 2 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(3): 86-90

**RESUMO:** A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma entidade caracterizada pela deficiência da resposta imunológica celular. Esta síndrome manifesta-se pelo desenvolvimento de neoplasias malignas raras e infecções oportunistas severas. Relatamos dois casos de sarcoma de Kaposi (SK) em pacientes com AIDS que abriram quadro de abdome agudo (obstrução da válvula ileocecal e úlcera gástrica perfurada) sem envolvimento cutâneo prévio ou manifestações clínicas da AIDS. O vírus da inclusão citomegálica (CMV) esteve presente no segundo caso, sendo a causa provável da perfuração gástrica. O diagnóstico foi confirmado no pós-operatório através de laudo histopatológico acrescido por exames de imunoensaio positivados pela presença do HIV.

**UNITERMOS:** abdome agudo; AIDS; sarcoma de Kaposi; citomegalovírus

---

Cinco de julho de 1991 marcou o 10º aniversário da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em nosso meio. Neste mesmo dia, em 1981, publicou-se o artigo "Morbidity and mortality weekly report", relatando o aparecimento de infecções oportunistas não explicadas em cinco habitantes da cidade de Los Angeles. A AIDS continua sua escalada progressiva em todo o mundo. Atualmente estima-se que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV, sendo que 1 milhão e 500 mil apresentam manifestações clínicas da AIDS(1).

---

*Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital de Ipanema-SUS-RJ.*

Segundo dados da OMS existem atualmente no Brasil 22 mil casos reportados de AIDS e uma estimativa de 600 mil a 1 milhão e 200 mil pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência Adquirida.

A AIDS é reconhecidamente uma entidade caracterizada pela deficiência na resposta imunológica celular, sendo comum o aparecimento de neoplasias malignas raras associadas ou não a infecções oportunistas severas.

Com a crescente expansão da AIDS, o cirurgião deve estar familiarizado com as diversas manifestações desta síndrome, pois cada vez mais estará em contato com pacientes imunodeprimidos apresentando dor abdominal que necessitam de uma anamnese e exame físico detalhados em busca de causas infecciosas, íleo ou organomegalia antes de indicar a laparotomia exploradora.

A seguir, relataremos dois casos de abdome agudo devido a SK ocorridos no Hospital de Ipanema, que evoluíram de maneira incomum, chamando a atenção para a raridade das manifestações e a dificuldade do diagnóstico que só foi confirmado no pós-operatório, pois os pacientes não apresentavam envolvimento cutâneo ou manifestações clínicas sugestivas da AIDS.

*Caso nº 1* - Paciente de 27 anos, masculino, negro, admitido no Serviço de Emergência com queixas de dor abdominal em FID, acompanhada de vômitos e parada de eliminação de gases e fezes há três dias. Relatava emagrecimento e dois episódios prévios de sangramento retal.

*Exame físico:* hipocorado (++)/4+, febril. Abdome distendido, doloroso à palpação em FID com defesa, diminuição de RHA, blumberg presente.

*Exames complementares:* leucograma: 13.000 leucócitos, 7 bastões. RAA: níveis hidroaéreos FID, edema interalças. *U.S. abdominal:* líquido livre na pelve e flanco direito.

Paciente foi levado à laparotomia exploradora, onde evidenciamos uma tumoração obstrutiva a nível da válvula

ileocecal que invadia a serosa e gordura pericólica. A tática cirúrgica adotada foi a realização de uma hemicolectomia direita com anastomose primária em plano único.

**Histopatologia:** tumoração obstrutiva úlcero-infiltrante da válvula ileocecal com 5,5 cm de diâmetro, com áreas de necrose e ulceração, infiltrava a camada serosa e gordura pericólica. O diagnóstico histopatológico foi de SK obstrutivo da válvula ileocecal (Figs. 1 e 2).

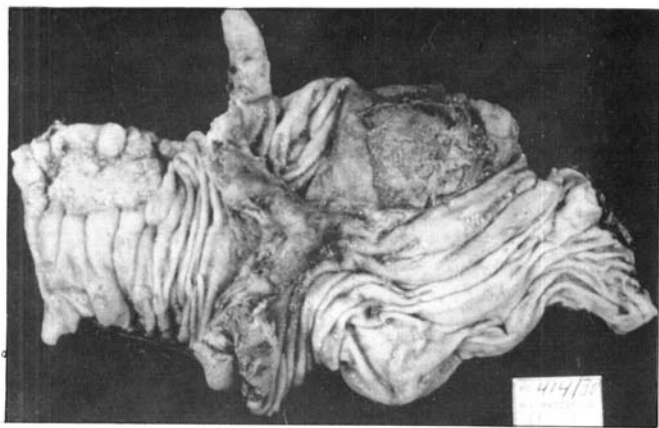


Fig. 1 - Tumoração obstrutiva úlcero-infiltrante da válvula ileocecal com invasão da serosa e gordura pericólica.

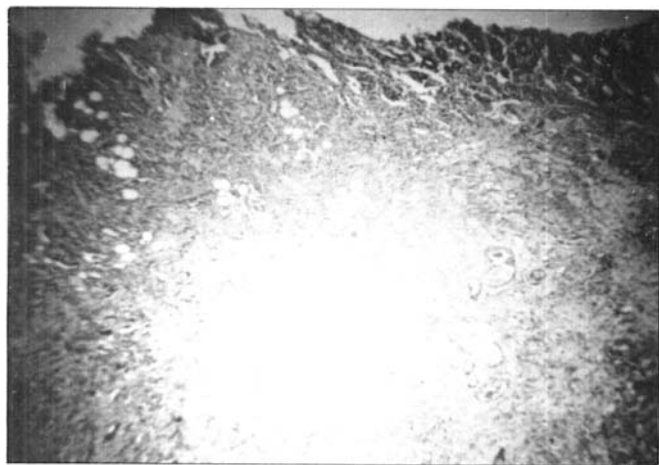


Fig. 2 - Visão panorâmica da microscopia mostrando a invasão do sarcoma de Kaposi em todas as camadas e presença de ulceração.

**Caso nº 2:** Paciente com 26 anos, masculino, branco, chegou ao Serviço de Emergência com queixas de dor epigástrica em queimação há 24 h, acompanhada de vômitos e diarreia. Evoluiu com dor abdominal de forte intensidade e piora do estado geral nas últimas 12 h, procurando auxílio médico imediato.

**Exame físico:** febre (38,5° C), taquicardia e taquipnéia, abdome doloroso à palpação superficial, com sinais de irritação peritoneal.

**Exames complementares:** leucograma: 12.000 leucócitos, cinco bastões. RAA: presença de grande pneumoperitônio bilateral, níveis hidroaéreos em flanco esquerdo.

Diante do quadro de abdome agudo, o paciente foi levado à laparotomia exploradora com suspeita de úlcera gástrica perforada. No inventário da cavidade evidenciou-se uma lesão endurecida a nível do antro gástrico, com presença de perfuração gástrica concomitante. A conduta cirúrgica adotada foi gastrectomia subtotal com reconstrução de Billroth II à moda de Hoffmeister-Finsterer com alça de Brown.

**Histopatologia:** evidenciou ulceração perforada a 3 cm do piloro, rodeada por uma lesão pardacenta endurecida com áreas vermelho-escuras na sua superfície. Na microscopia constatou-se SK de estômago com comprometimento dos gânglios da grande curvatura e alterações citológicas compatíveis com infecção pelo CMV (Figs. 3 e 4).

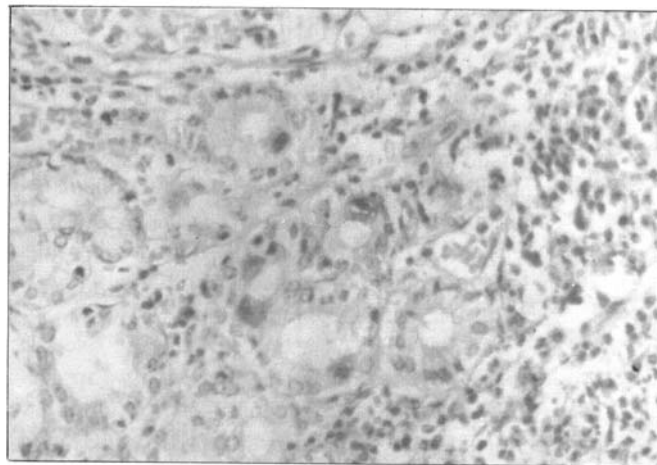


Fig. 3 - Visão da microscopia evidenciando a invasão tumoral da mucosa, muscular da mucosa e submucosa e presença do vírus da inclusão citomegálica.

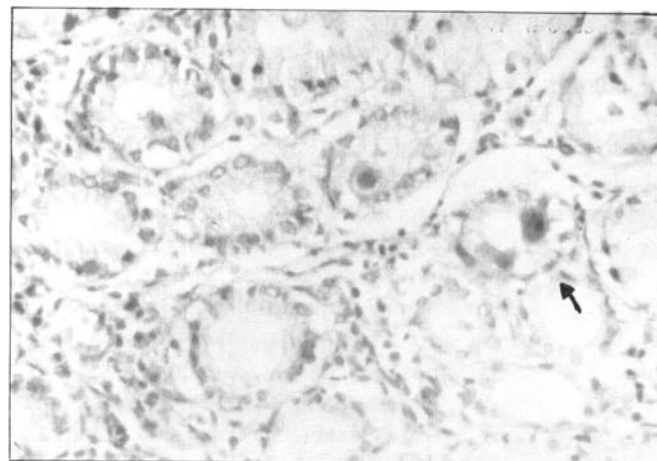


Fig. 4 - Visão ampliada da microscopia mostrando em detalhe a célula com halo esbranquiçado perinuclear e núcleo gigante, comprovando a presença de citomegalovírus (seta).

Os exames de imunoenensaio realizados no pós-operatório mostraram-se positivados pela presença do HIV. Os pacientes confirmaram sua condição de homossexuais e uso de droga pela via endovenosa pelo paciente do caso nº 2. A evolu-

ção pós-operatória transcorreu com complicações importantes e o óbito sobreveio com respectivamente 4 e 5 meses após a intervenção cirúrgica.

## DISCUSSÃO

As neoplasias do TGI que comumente cursam com quadro de AIDS são o sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin, carcinoma cloacogênico do reto e carcinoma de células escamosas. A associação de SK e linfoma não-Hodgkin com evidências sorológicas de infecção pelo HIV estabelece o diagnóstico de AIDS (2, 3).

O SK foi originalmente descrito por Moricz Kaposi, em 1872 (4), como uma neoplasia multicêntrica caracterizada por nódulos pigmentados na pele, principalmente nas extremidades inferiores de homens caucasianos idosos. A etiologia do SK permanece ainda obscura. Os estudos imuno-histoquímicos atuais sugerem que a célula-mãe é proveniente do epitélio vascular, e há uma tendência em catalogá-lo como resultado de uma neoplasia viral induzida e expressada na diminuição da imunidade celular. Giraldo e cols (5), sugerem que o citomegalovírus (CMV) seja o vírus oncogênico, pois encontraram índices elevados de anticorpos circulantes anti-CMV em 75% dos pacientes acometidos pelo SK (6, 7). Segundo dados do Centers for Disease Controls (8), o risco de desenvolvimento do SK em homens homossexuais é aproximadamente 100 vezes maior que na população em geral.

As manifestações clínicas primárias do SK no TGI com sangramento, perfuração e obstrução são raras, sendo mais comum o aparecimento de infecções oportunistas severas (9-13). Após ampla revisão da literatura mundial, constatamos a raridade das manifestações encontradas nos dois casos acima relatados e a dificuldade na elucidação diagnóstica.

No caso nº 1, suspeitamos de um quadro de apendicite aguda baseados na anamnese e no exame físico com um abdome doloroso à palpação e sinais de irritação peritoneal, acrescido de um leucograma infeccioso e U.S. abdominal com líquido livre na pelve e flanco D. Faltava a explicação para o achado de emagrecimento, anemia e dois episódios de sangramento retal, esclarecidos pela obstrução da válvula ileocecal devido ao SK na laparotomia exploradora.

No caso nº 2, a hipótese diagnóstica de úlcera gástrica perfurada teve embasamento no quadro clínico associado com uma imagem de pneumoperitônio bilateral na rotina de abdome agudo. Paciente apresentava um leucograma discreto em relação aos achados de febre, sinais de septicemia e abdome francamente cirúrgico. Mas, deve-se ter em mente que febre e leucocitose podem estar ausentes em pacientes imunodeprimidos. Hubbart e cols. (14), em uma série de sete pacientes com transplantes renais que desenvolveram quadro de peritonite, afirmaram que somente dois pacientes tinham febre e outros dois pacientes apresentavam leucocitose.

Houve 100% de erro diagnóstico do agente causador da dor abdominal nos dois casos apresentados, devido a imposição de um tratamento imediato, sem tempo hábil para uma investigação mais detalhada. Gene Robinson (15) apresenta

40% de erro diagnóstico em sua série de 21 pacientes com dor abdominal e AIDS, levados a cirurgia eletiva, na maioria dos casos, acompanhados de uma ampla investigação diagnóstica pré-operatória.

A dor abdominal em pacientes acometidos pela AIDS evolui com uma abordagem diagnóstica de difícil manejo, sendo mandatário ao cirurgião estar familiarizado com as diversas manifestações desta síndrome e suas complicações para avaliar adequadamente pacientes imunodeprimidos com dor abdominal. As causas de dor abdominal são as mais diversas, conforme mostrado no Quadro 1 (modificado de Potter e cols.) (16).

Quadro 1 - Causas de dor abdominal na SIDA.

Etiologia	Manifestações/complicações
<i>Candida albicans</i>	Esofagite, enterocolite, sangramento TGI
<i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Cytomegalovirus</i>	Massa inflamatória intra-abdominal Sangramento TGI, diarreia, enterocolite, hepatite, esofagite
<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>	Hepatoesplenomegalia, massa inflamatória intra-abdominal, diarreia, enterocolite, linfadenopatia retroperitoneal
Sarcoma de Kaposi	Sangramento TGI, linfadenopatia retroperitoneal, obstrução intestinal
Linfoma não-Hodgkin	Sangramento TGI, perfuração intestinal, linfadenopatia retroperitoneal
"Gay Bowel Syndrome"	Sangramento TGI, diarreia, proctite, enterocolite, perfuração intestinal
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Hepatoesplenomegalia, linfadenopatia retroperitoneal

\*É uma proctite devido ao trauma ou organismos entéricos disseminados como Herpes simplex, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium, Giardia lamblia, Chlamydia, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum

James Barone e cols. (17) realizaram um levantamento em 235 pacientes com AIDS no St. Vincent Hospital, 29 desses pacientes apresentavam dor abdominal. A diarreia infecciosa foi a causa da dor abdominal em 12 pacientes (9 por criptosporose), oito casos de íleo ou organomegalia e nove pacientes tinham causas diversas de dor abdominal. Somente cinco pacientes foram levados à laparotomia exploradora, sendo que em dois casos a dor abdominal estava associada com sangramento do TGI pelo comprometimento do SK.

O CMV é uma infecção oportunista associada com SK e da mesma maneira com a AIDS, podendo levar a repercussões sistêmicas como febre, calafrios, náuseas, linfadenopatia e envolvimento gastrointestinal com modificações inflamatórias focais ou difusas, ulcerações superficiais com placas hemorrágicas tipicamente evidenciadas na endoscopia. Na

biópsia observa-se vasculite com inflamação da própria lâmina, acompanhada de inclusões intranucleares nas células endoteliais típicas do acometimento pelo CMV. Essas alterações do TGI podem levar ao sangramento e perfuração (18-22).

A perfuração intestinal pelo CMV é a principal causa de celiotomia de urgência em pacientes com AIDS, mostrada em um levantamento realizado por Shoemaker e cols. (23) em 15 casos estudados da literatura inglesa, sendo a perfuração mais comum entre íleo distal e flexura esplênica. A presença do CMV no laudo histopatológico do caso nº 2 sugere que o vírus da inclusão citomegálica seja o principal responsável pela perfuração gástrica.

Os pacientes com AIDS levados a cirurgia apresentam uma taxa elevada de morbidade e mortalidade pós-operatória. Gene Robinson, em sua série de 21 pacientes com AIDS submetidos a cirurgia, teve uma taxa de morbidade pós-operatória de 48% devida principalmente a infecções oportunistas severas, levando a septicemia e falência de múltiplos órgãos. A nossa série mostra uma evolução pós-operatória complicada, com infecção importante da ferida operatória em ambos os casos. O caso nº 1 apresentou múltiplos abscessos peri-pancreáticos com necessidade de uma reintervenção cirúrgica. Óbito após 4 meses de pós-operatório devido a septicemia. O caso nº 2 apresentou uma pneumonia difusa respiratória.

## CONCLUSÃO

A evolução de um paciente com AIDS e dor abdominal é um diagnóstico particularmente difícil para o cirurgião. Os pacientes imunodeprimidos são particularmente suscetíveis para desenvolver uma infinidade de processos infecciosos que podem estar associados com a dor abdominal. A febre e leucocitose podem estar ausentes, fatores que contribuem para dificultar o diagnóstico.

Com a crescente expansão da AIDS, haverá uma solicitação cada vez maior ao cirurgião para realizar investigação diagnóstica em pacientes imunodeprimidos apresentando dor abdominal.

Lembramos que é importante ao cirurgião:

- realizar anamnese e exame físico detalhados;
- se diarreia, procurar causas infecciosas;
- considerar íleo ou organomegalia como provável causa da dor abdominal, se os achados forem inespecíficos;
- considerar SK e CMV no diagnóstico diferencial de pacientes imunodeprimidos com dor abdominal;
- laparotomia exploradora normalmente é desnecessária. Somente indicar laparotomia quando os sintomas progredirem com diagnóstico incerto, avaliando custo-benefício, pois estes pacientes apresentam um risco cirúrgico elevado com um grande número de complicações pós-operatórias devido às infecções oportunistas, evoluindo na grande maioria das vezes para septicemia e falência respiratória, que levam o paciente ao óbito.
- proteção da equipe médica; imperioso o uso de proteção plástica até o cotovelo, dois pares de luvas e uso de máscara

ou óculos apropriados para evitar o contato direto com sangue ou secreções.

---

**KLAUCK HB, SZPACENKOPFD, FAYAD JB, MATHIAS WC, COUTINHO JR, MOREIRA CEL, SÁ MA, CARVALHO AC & CASTRO LS - Acute abdomen: unusual manifestations of the acquired immune deficiency syndrome - Report of two cases.**

**SUMMARY: The acquired immune deficiency syndrome (AIDS) is a recognized entity characterized by a deficiency in cell mediated immune response. The syndrome is manifested by the development of rare malignant neoplasms and severe opportunistic infections. Case histories of two AIDS patient with Kaposi's sarcoma evaluated for acute abdomen (ileo-cecal valve obstruction and gastric ulcer perforation) are presented. There were no cutaneous lesions or clinics manifestations suggestive of Kaposi's sarcoma. The cytomegalovirus was present in the second case and probably carried out for gastric perforation. The diagnosis was confirmed in the postoperative period with histopathologic report and immunologic marker to identify HIV appearance.**

**KEY WORDS:** acute abdomen; AIDS; Kaposi's sarcoma; cytomegalovirus

---

## REFERÊNCIAS

1. AIDS Clinical Caire. AIDS: the first decade 1991; 3: 6.
2. CDC - Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36: 35.
3. Friedman SL. Gastrointestinal and hepatobiliary neoplasms in AIDS. Gastroenterol Clin N Am 1988; 17(3): 465.
4. Kaposi M. Idiopathisches multiples pigmentsarkom der haut. Arch Dermatol Syph 1872; 4: 265.
5. Giraldo G, Beth E, Cocur P. Kaposi's sarcoma: a new model in the search for viruses associated with human malignancies. J Natl Cancer Inst 1972; 49: 1495.
6. Giraldo G, Beth E, Henle W. Antibody patterns to herpesviruses in Kaposi's sarcoma. II. Serological association of american Kaposi's sarcoma with cytomegalovirus. Int J Cancer 1978; 22: 126.
7. Giraldo G, Beth E, Kourilsky FM. Antibody patterns to herpesviruses in Kaposi's sarcoma: serological association of European Kaposi's sarcoma with cytomegalovirus. Int J Cancer 1975; 15: 839.
8. Centers for Disease Control task force of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections. Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections. N Engl J Med 1982; 306: 248-52.
9. Cox RH, Helwing EB. Kaposi's sarcoma. Cancer 1959; 12: 289.
10. Mitchell N, Feder IA. Kaposi's sarcoma with secondary involvement of the jejunum, perforation and peritonitis. Ann Intern Med 1949; 31: 324.
11. Seagrave KLH. Kaposi's disease. Report of case with unusual visceral manifestations. Radiology 1948; 51: 248.
12. Stats D. The visceral manifestations of Kaposi's sarcoma. J Mt Sinai Hosp 1946; 12: 971.
13. White JAM, King MH. Kaposi's sarcoma presenting with abdominal symptoms. Radiology 1964; 46: 197.
14. Hubbard SG, Brack BA, Lituak AS. Acute abdomen in the transplant patients. Am Surg 1980; 46: 116-20.
15. Robinson G, Wilson SE, Williams RA. Surgery in patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch Surg 1987; 122: 170.
16. Potter DA, Danforth DN, Macher AM. Evaluation of abdominal pain in the AIDS patient. Ann Surg 1984; 199: 332-39.
17. Barone JE, Gingold BS, Nealon TF. Abdominal pain in patient with Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ann Surg 1986; 204(6): 619.

18. Spiegel JS, Schwabe AD. Disseminated cytomegalovirus infection with gastrointestinal involvement. *Am J Gastroenterol* 1980; 73: 37-44.
19. Wolfe BM, Cherry ID. Hemorrhage from cecal ulcers of cytomegalovirus infection. *Ann Surg* 1973; 177: 490-94.
20. Sutherland DE, Chan FY, Foucar E. The bleeding cecal ulcer in transplant patients. *Surgery* 1979; 86: 386-98.
21. Goodman ZD, Boitnott JK, Yardley JH. Perforation of the colon associated with cytomegalovirus infection. *Dig Dis Sci* 1979; 24: 376-80.
22. Foucar E, Mukai K, Foucar K. Colon ulceration in lethal cytomegalovirus infection. *Am J Clin Pathol* 1981; 76: 788-801.
23. Kram HB, Shoemaker WC. Intestinal perforation due to cytomegalovirus infection in patients with AIDS. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 1037.

**Endereço para correspondência:**

Homero Bruno Klauck  
Serviço de Colo-Proctologia do Hospital de Ipanema  
Rua Antonio Pareiras, 67, 3º andar, sala 304  
22411 - Rio de Janeiro - RJ