



---

REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

---

REVISTA HCPA 2004; 24

# 24<sup>a</sup> SEMANA CIENTÍFICA do HCPA

De 13 a 17 de Setembro de 2004

---

**11º Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Mercosul**

# Anais

**MICOBACTERIOSE DISSEMINADA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: DIFERENÇAS NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA ENTRE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS.** Santos RP , Goldani LZ , Scheid KL , Willers DMC . Serviço de Medicina Interna/Infecologia . HCPA.

Fundamentação:As micobacterioses são uma importante causa de morbimortalidade em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). O risco de micobacteriose disseminada aumenta à medida que a imunossupressão evolui. Mycobacterium tuberculosis (MTB) e Mycobacterium avium-intracelulari são os principais agentes causadores de doença disseminada em pacientes com SIDA.Objetivos:Identificar as causas de micobacteriose disseminada em pacientes com SIDA e caracterizar fatores clínico, laboratoriais e de imagem para diferenciação entre MTB e micobacteriose atípica (MOTT).Causística:Foi realizado um estudo observacional retrospectivo para identificar as causas de micobacteriose disseminada em pacientes com SIDA e caracterizar fatores clínico, laboratoriais e de imagem para diferenciação entre MTB e micobacteriose atípica (MOTT). Foram avaliados todos os pacientes com diagnóstico de micobacteriose disseminada e SIDA do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de janeiro de 1996 até julho de 2004.Resultados:Foram identificados 69 pacientes, 40,9% (n=27) com diagnóstico de MTB, 36,4% (n=24) com MOTT, 22,6% (n=17) com diagnóstico indefinido e 1,4% (1) com os dois diagnósticos. Os principais sintomas apresentados foram: emagrecimento (97,1%), febre (92,6%), dispnéia (60,3%), diarreia (57,4%). Não houve diferença significativa com relação aos sinais e sintomas de apresentação se compararmos MTB e MOTT, exceto que os pacientes com MOTT apresentaram um percentual maior de lesões cutâneas (75% vs 48%, P=0,04). A média do CD4 dos pacientes com MOTT foi inferior à média dos pacientes com MTB (18,8 vs 100,3 cels/mm<sup>3</sup>); a média de carga viral foi de 390.891 cópias/ml para MOTT e 175.360 cópias/ml para TBC. Para os demais parâmetros laboratoriais não houve diferença entre as duas doenças. Quando avaliamos as diferenças de apresentação com relação ao Rx de tórax, os pacientes com MTB tiveram significativamente maior chance de apresentar infiltrado micronodular (19% vs 0%, P=0,09) e adenomegalias (42,8% vs 12,5 %, P=0,04). Na ecografia abdominal os pacientes com MTB apresentaram significativamente mais hipodensidades esplênicas (41% vs 0%, P=0,02) e adenomegalias abdominais (53% vs 11%, P=0,04). Enquanto que os pacientes com MOTT apresentaram significativamente mais alterações da ecotextura do fígado se comparados com MTB (44,4% vs 5,9%, P=0,03). A mortalidade geral foi de 53,5%, sendo maior para os pacientes com diagnóstico de MOTT (64%) do que com MTB (37% dos pacientes) – P=0,04, RR=1,78; IC=0,97-3,27.Conclusões:A partir destes resultados observamos uma prevalência semelhante entre MTB e MOTT; podemos identificar diferenças de apresentação clínica entre as duas doenças, o que auxilia no diagnóstico e tratamento precoce de uma infecção de alta mortalidade e difícil diagnóstico, em que as culturas usualmente levam mais de duas a quatro semanas para identificar o agente. Este estudo observacional demonstrou que os pacientes com MOTT são mais imunossuprimidos e tem uma mortalidade maior que os pacientes com MTB; e, que os pacientes com infiltrado micronodular e adenomegalias ao Rx, hipodensidades esplênicas e adenomegalias abdominais tem mais freqüentemente o diagnóstico de MTB.