

INFLUÊNCIA DA CANDIDÍASE ORAL SOBRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE UM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV-1) ATENDIDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MINAS GERAIS – RELATO DE CASO

Ademar Gonçalves CAIXETA NETO¹

Andréa Caixeta GONÇALVES²

Lucas Alves dos SANTOS³

1-Fisioterapeuta e Nutricionista. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI). E-mail: ademarcaixeta@yahoo.com.br

2-Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva pelo Centro Universitário do Triângulo (UNITRI). Fisioterapeuta do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). E-mail: deiacaixeta@hotmail.com

3-Fisioterapeuta. Formação Clínica no Método Pilates pelo Metacorpus Studio Pilates (MSP). E-mail: lucasalves_fisio@hotmail.com

Recebido em: 28/10/2013 - Aprovado em: 20/12/2013 - Disponibilizado em: 15/01/2014

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) caracteriza-se pela perda da imunidade celular, com supressão dos linfócitos T4 e tem como agente etiológico o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Devido à progressão da imunossupressão, o organismo está sujeito ao desenvolvimento de inúmeros sintomas e sinais clínicos como a candidíase oral, a qual exerce influência sobre o estado nutricional de pacientes com HIV. O objetivo deste estudo foi reportar o caso de um paciente soropositivo (HIV-1) atendido em um Hospital Público de Belo Horizonte-MG, com quadro clínico de candidíase oral associada a hiporexia e desnutrição, em relação ao estado nutricional e ao tratamento dietoterápico.

Palavras-chave: AIDS. HIV. Estado nutricional. Desnutrição. Dietoterapia.

ABSTRACT

The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is characterized by reduced cellular immunity suppression of T4 lymphocytes and whose etiologic agent is human immunodeficiency virus (HIV). Due to the progression of immunosuppression, the organism is subject to the development of numerous clinical signs and symptoms such as oral candidiasis, which influences the nutritional status of patients with HIV. The aim of this study was to report the case of a patient seropositive (HIV-1) treated at a Public Hospital from Belo Horizonte-MG, with oral candidiasis associated with appetite loss and malnutrition in relation to nutritional status and dietary treatment.

Key-words: AIDS. HIV. Nutritional status. Malnutrition. Dietary Treatment.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) caracteriza-se pela perda da imunidade celular, com supressão dos linfócitos T4 e tem como agente etiológico o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (FERRINI *et al.*, 2006), que é classificado como um retrovírus da família *Retroviridae* (MURPHY, 1996), do gênero *Lentivirus* (LIU, 1996; COFFIN, 1996).

É dividida em 4 estágios conforme a contagem de linfócitos T CD4+ e os sintomas/sinais clínicos presentes, dentre os quais destacam-se a diarreia crônica, infecções bacterianas, candidíase, tuberculose pulmonar, toxoplasmose cerebral e carcinomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

Representa um dos grandes problemas de saúde pública do mundo nas últimas décadas, sendo considerada pela OMS como uma pandemia, uma vez que afeta pessoas de todos os países (FERRINI *et al.*, 2006).

Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas estão infectadas com o HIV ao redor do mundo. No Brasil, 179 mil casos foram notificados até o final de 1999, no entanto, acredita-se haver sub-notificação próxima a 50% (BRASIL, 1999).

Devido à progressão da imunossupressão, o organismo está sujeito ao desenvolvimento de inúmeros sintomas e sinais clínicos - muitos dos quais tendo a boca como local alvo - como a candidíase oral (CAVASSANI *et al.*, 2002), que é objeto de discussão deste estudo de caso.

A candidíase é uma infecção fúngica derivada da presença de levedura do gênero *Candida*, sendo a *Candida albicans* a espécie mais conhecida (SAMARANAYAKE, 1992). A candidíase oral é um das doenças oportunistas mais comuns entre indivíduos infectados pelo HIV, com prevalência variando entre 29.7% (CAVASSANI *et al.*, 2002) e 54% (CHAGAS *et al.*, 2009).

ESTUDO DE CASO

Paciente LMS, 31 anos, sexo masculino, HIV positivo desde 2004, com quadro clínico de candidíase oral diagnosticada pelo médico de plantão. Atualmente não faz uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Deu entrada no Hospital Júlia Kubistchek no dia 18/03/13 com emagrecimento acentuado e hiporexia. Em relação aos procedimentos éticos, este estudo de caso acompanhou as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e foi realizado mediante

concordância do paciente, o qual assinou previamente um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

NECESSIDADES ENERGÉTICAS

-Fórmula de Harris-Benedict:

$$\text{TMB} = 66,47 + [13,7 \times \text{P (kg)}] + [5 \times \text{A (cm)}] - [6,755 \times \text{I (anos)}]$$

$$\text{TMB} = 66,47 + [13,7 \times 52,2] + [5 \times 168] - [6,755 \times 31]$$

$$\text{TMB} = 1412 \text{ kcal}$$

$$\text{GET} = \text{TMB} \times \text{FA} \times \text{FL}$$

$$\text{GET} = 1412 \times 1,55 = 2189 \text{ kcal}$$

-Fórmula de Bolso:

$$\text{GET} = \text{P(kg)} \times 35 = 52,2 \times 35 = 1827 \text{ kcal}$$

$$\text{PTN} = \text{P(kg)} \times 1,5\text{g/kg} = 52,2 \times 1,5 = 78,3\text{g} \times 4 = 313 \text{ kcal}$$

-Média entre Harris Benedict e Fórmula de Bolso:

$$\text{GET} = 2189 + 1827/2 = 2008 \text{ kcal}$$

-Necessidades de Macronutrientes:

Proteínas Lipídeos

$$2008 \text{ kcal} \text{ ----- } 100\% \quad 1736 \text{ kcal} \text{ ----- } 100\%$$

$$313 \text{ kcal} \text{ ----- } X \quad Y \text{ ----- } 30\%$$

$$X = 15,6\% \quad Y = 602,4 \text{ kcal ou } 67\text{g}$$

Carboidratos

$$1736 \text{ kcal} \text{ ----- } 100\%$$

$$W \text{ ----- } 54,6\%$$

$$W = 948 \text{ kcal ou } 237\text{g}$$

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Encontrava-se em risco nutricional, com desnutrição grave (P= 39 kg, A= 168 cm, IMC= 13,82kg/m²), referindo perda ponderal de 3 kg em 1 mês associada a apetite/ingestão alimentar praticamente inexistente e hábitos fisiológicos preservados. Durante a triagem nutricional realizada na última semana de março de 2013, LMS relatou baixa tolerância a alimentos sólidos, com preferência por líquidos gelados. Em avaliação feita pela equipe de fonoaudiologia foi constatada disfagia com indicação de dieta pastosa para disfágico, a qual foi recusada pelo mesmo. A partir de então, iniciou-se utilização de suplementos orais hipercalóricos e hiperprotéicos 3 vezes ao dia, até a transferência do paciente para o Hospital Eduardo de Menezes.

As infecções virais e fúngicas são manifestações orais comuns do HIV e podem causar limitações na ingestão de nutrientes, resultando na perda de peso e estado nutricional comprometido. Tais infecções são compostas, em geral, por comprometimento da resposta imunológica e desnutrição preexistente, além de sequelas gastrointestinais decorrentes do próprio HIV (DECKER *et al.*, 2005).

A candidíase na língua, palato ou esôfago pode tornar a mastigação, sucção e deglutição dolorosas. As infecções fúngicas orofaríngeas podem ainda causar queimação, hipersensibilidade na boca e disfagia, comprometendo a ingestão alimentar (DECKER *et al.*, 2005).

Além da sua influência direta sobre o estado nutricional, é importante ressaltar a importância clínica da candidíase oral, a qual é considerada marcador da progressão da AIDS e também pode predizer aumento da imunossupressão dos pacientes (MESQUITA *et al.*, 1998).

A interrupção da Terapia Antirretroviral (TARV) pelo paciente é um fator que pode ter influenciado, ao menos parcialmente, na instalação e desenvolvimento da candidíase oral, uma vez que a TARV suprime o vírus, retardando o surgimento da imunodeficiência (BASTOS, 2006). A baixa adesão ao tratamento

antirretroviral entre pacientes vivendo com HIV/AIDS, no entanto, é uma situação bastante comum (RESENDE *et al.*, 2012).

TERAPIA NUTRICIONAL

Para o cálculo do GET utilizou-se o peso ideal (52,2kg) baseado em IMC para mínimo para eutrofia (18,5 kg/m²). Devido à diferença entre os cálculos pelas fórmulas de bolso e de Harris Benedict adotou-se como GET o valor médio entre elas.

O tratamento dietético da AIDS com candidíase oral associada se baseia no aumento da ingestão energético-proteica e na administração de suplementos orais, além da oferta de alimentos mais úmidos, macios e não condimentados, frios ou mornos, e de consistência branda a pastosa (DECKER *et al.*, 2005).

Apesar da utilização da via oral ser a preferida pela equipe multidisciplinar, quando a necessidade nutricional de macro e micronutrientes não pode ser obtida total ou parcialmente, a terapia nutricional enteral e/ou parenteral pode suplementar ou mesmo substituir a ingestão oral (FERRINI *et al.*, 2006).

A terapia enteral pode ser utilizada associada à alimentação oral ou nutrição

enteral, ou ainda isoladamente quando o TGI encontra-se preservado. É indicada na correção de pacientes desnutridos graves, sobretudo nos casos em que há lesões orais ou esofágicas, até que o paciente consiga manter ingestão oral adequada (FERRINI *et al.*, 2006).

Já a terapia nutricional parenteral deve ser fornecida quando a nutrição oral e/ou enteral não forem toleradas em quantidade suficiente para atingir as necessidades nutricionais mínimas do paciente. É indicada principalmente em casos de obstrução intestinal, vômitos incoercíveis, diarreia intratrável ou ainda quando a nutrição enteral estiver contra-indicada (FERRINI *et al.*, 2006).

Embora a AIDS seja uma doença ainda sem cura e a terapia nutricional não possa evitar o curso final da doença, ela pode adiá-lo, já que minimiza a perda de massa corporal e a piora da função imunológica, melhorando a resposta ao tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAVASSANI, V.G.S.; SOBRINHO, J.A.; HOMEM, M.G.N.; RAPOPORT, A.

Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 68, n. 5, p. 630-634, 2002.

CHAGAS, M.V.; SANTOS, L.O.; ONO, L.M. Manifestações Bucais de Pacientes HIV Atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM). **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.**, v. 50, n. 3, p. 10-13, 2009.

COFFIN, J.M. **Retroviruses.** In: Fields Virology. FIELDS, B.; KNIPE, D.M.; HOWLEY, P.M. (eds.). Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1996. p. 1767-848.

DECKER, R.T. **Nutrição para a saúde oral e dental.** In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 11ª ed. São Paulo: Roca, 2005.

FERRINI, M.T.; PASTERNAK, J.; WAITZBERG, D.L. **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).** In: WAITZBERG, D.L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIU, H.F. **Genomic diversity and molecular phylogeny of human and simian T- cell lymphotropic viruses.** Katholieke University Leuven, 1996.

MENEZES, E.A.; MONTEIRO, M.N.R.; PARENTE, T.M.; CUNHA, F.A.; AUGUSTO, K.L.; FREIRE, C.C.F. Frequency and enzymatic activity of *Candida albicans* isolated from the oral cavity of HIV-positive patients at Fortaleza, Ceará. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 42, n. 4, p. 253-256, 2006.

MESQUITA, R.A.; AGUIAR, M.C.F.; TARQUINO, S.B.C. et al. Candidíase oral com a infecção HIV. **Rev CROMG.** v. 4, p. 27-31, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ano XII, nº 4, 1999.

MURPHY, F.A. **Virus Taxonomy**. In: Fields Virology. FIELDS, B.; KNIPE, D.M.; HOWLEY, P.M. (eds.). Philadelphia, PA, Lippincott-Raven, 1996. p. 15-57.

RESENDE, R.C.; PODESTÁ, M.H.M.C.; SOUZA, W.A.; BARROSO, T.O.; VILAS BOAS, O.M.G.C.; FERREIRA, E.B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, 2012.

SAMARANAYAKE, L.P. Oral mycoses in HIV infection. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, v. 72, n. 2, p. 171-180, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease. **WHO Wkly Epidem. Rec.** v. 29, p. 221-228, 1990.