

Repercussões Otorrinolaringológicas em Pacientes Pediátricos com HIV/AIDS

Heloisa Helena S. Marques

Como conduzir uma criança que chega com um quadro de parotidite crônica ou de repetição?

Considerando uma criança com infecção pelo HIV, o acometimento das glândulas salivares, em especial as parótidas, é bem reconhecido, e nas crianças é muito mais freqüente do que nos adultos. No adulto, a parotidite aparece numa fase mais tardia da evolução.

As parótidas, em geral, apresentam-se à palpação com consistência firme e não dolorosa. A evolução da parotidite é crônica, o acometimento pode ser uni ou bilateral, causa poucos sintomas e pode haver complicação supurativa no curso da infecção porque se formam acúmulos de secreção dentro da glândula. Estes episódios são facilmente tratáveis com antimicrobianos comuns.

Uma boa opção é tentar usar o antimicrobiano com espectro mais adequado ao agente infeccioso imaginado, tentar evitar drogas com espectro muito amplo. As alternativas terapêuticas para esses quadros são a Amoxicilina ou uma Cefalosporina de primeira geração.

A parotidite apresenta-se como um quadro de evolução crônica, mas por vezes os médicos podem demorar desde meses a anos para se darem conta de que esta criança possa ter algo além da parotidite. Ainda hoje existem crianças com parotidite crônica em que se demorou 3-5 anos para a suspeita de um diagnóstico de uma imunodepressão ou da infecção pelo HIV. Por essa razão, o pediatra e o otorrinolaringologista devem introduzir esse conhecimento dentro de sua prática e do seu raciocínio clínico, quanto ao diagnóstico diferencial.

Por ser crônico, o diagnóstico nem sempre é feito no primeiro episódio. Quando uma criança apresenta a parótida aumentada pela segunda vez, deve-se suspeitar desse diagnóstico (todos sabem que a infecção pelo vírus da caxumba geralmente não se repete). A partir do terceiro episódio de parotidite percebe-se que a palpação desta parótida é diferente da palpação de uma criança com parotidite pelo vírus da caxumba; ela já está muito mais endurecida, pois existe um processo que está se cronificando naquele local. A etiopatogenia na criança com infecção pelo HIV é um possível resultado da coinfeção pelo HIV e EBV (Epstein Barr Virus), e se dá fundamentalmente pela infiltração de linfócitos. Os achados na biópsia são a hiperplasia folicular e infiltração difusa. É incomum na criança, mas eventualmente pode acontecer a formação de cistos linfoepiteliais

benignos. Não há tratamento específico e a redução das parótidas não é muito significativa. Uma parótida lesionada não vai ser reabsorvida facilmente. E há algumas evidências de que o quadro de parotidite é um bom sinal prognóstico; quem tem aumento das parótidas em geral vive mais.

Nos outros quadros que envolvem o ouvido, nariz e garganta em crianças, têm-se hipertrofias tonsilares crônicas, de etiologia não determinada; quadros de úlceras aftosas (tem sido usada a Cimetidina e eventualmente até a Talidomida, em função da gravidade e da cronicidade desses quadros); monilíase oral e da faringe posterior recorrentes, quadros de otites, sinusites de repetição e de mastoidite crônica. Outras formas de parotidite crônica são raras na criança. Raramente este quadro de parotidite pode ser confundido com um quadro de infecção bacteriana aguda. Portanto, em uma criança com parotidite crônica muito arrastada, a suspeita da infecção pelo HIV é um diagnóstico que deve ser sempre feito. No Instituto da Criança, na coorte de acompanhamento (que hoje já tem mais de 380 crianças desde o primeiro caso em 1985), cerca de 8% das crianças chegam com uma história de aumento crônico de parótidas que não chamou a atenção do médico. Apesar de ser pouco sensível, esse achado é bastante específico. Outros quadros de infecção das vias aéreas superiores são a otite média de repetição, sinusopatia e otite média crônica, ao longo do acompanhamento. Crianças com otites, candidíase oral, sinusites de repetição e parotidite crônica ou de repetição com episódios de supuração, são suspeitas de serem portadoras da infecção pelo HIV.

O diagnóstico diferencial não é muito complicado, não há muitas patologias envolvidas: caxumba, tuberculose, síndrome de Sjögren e sarcoidose. A Síndrome de Sjögren se caracteriza por um envolvimento crônico da parótida, uni ou bilateral, com um leve desconforto, associado a outros sinais como, secura de boca e olhos, e trata-se de uma doença provavelmente de etiologia auto-imune. E, finalmente considerar a parotidite crônica recorrente, encontrada em crianças imunocompetentes, que podem ter episódios repetidos que desaparecem na adolescência.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por métodos sorológicos ou virológicos. Na criança maior de 18 meses, na prática clínica, o mesmo é feito solicitando-se a sorologia anti-HIV, anticorpos anti-HIV 1 e 2. Na criança menor de 18 meses o diagnóstico é um pouco mais complicado, em função da passagem transplacentária de anticorpos anti-HIV maternos e portanto devem ser solicitados exames específicos em duas ocasiões distintas e, se ambos forem positivos, a criança será considerada infectada .

Leitura recomendada

1. Templer, JW. Parotitis. <http://www.emedicine.com/ent/topic600.htm> last update October 2003, access on August 7th 2005.
2. Fazekas T, Wiesbauer P, Schroth B, Potschger U, Gadner H, Heitger A. Selective IgA Deficiency in Children With Recurrent Parotitis of Childhood. *Pediatr Inf Dis J* 2005, 24(5):461-462.
3. Reddy A, Hermione L, Crawford D. Epstein-Barr Virus and Lymphoid Interstitial Pneumonitis: An Association Revisited. *Pediatr Inf Dis J* 1998, 17(1):82-83.
4. Dilu NJ, Giyulu N. Recurrent parotitis in children and HIV infection. Apropos of 4 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998, 99(1):40-3.
5. Sperling N, Lin P, Lucente F. Cystic Parotid Masses in HIV Infection. *Head & Neck* 1990, 12:337-341.