

DISFAGIA EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

Dysphagia in patients with acquired immunodeficiency syndrome – Aids

Daniela Rocha Araújo ⁽¹⁾, Isabella Carolina Santos Bicalho ⁽²⁾, Renata Di Francesco ⁽³⁾

RESUMO

Objetivos: determinar a frequência da disfagia em pacientes com AIDS internados em instituição hospitalar da cidade de Belo Horizonte; quantificar a ocorrência da disfagia quanto aos tipos: mecânica, neurogênica ou mista; estabelecer a relação entre disfagia, CD4 e carga viral; relacionar as doenças associadas causadoras de disfagia. **Métodos:** foram realizadas avaliações funcionais da deglutição em 23 pacientes, 17 do gênero masculino e 6 do gênero feminino, entre 24 e 68 anos; e pesquisa nos prontuários. **Resultados:** sete pacientes eram disfágicos. Destes, 5 apresentaram disfagia neurogênica, 1 disfagia mecânica e 1 disfagia mista. Das doenças associadas, as mais frequentes nos disfágicos foram Candidíase (57%), Meningoencefalite tuberculosa (14,2%), Toxoplasmose cerebral (85,7%), Criptococose extra pulmonar (14,2%), Pneumonia por *Pneumocystis carinii* (28,5%) e Citomegalovírus (14,2%). **Conclusões:** dos indivíduos que apresentaram disfagia, a maioria mostrou disfagia orofaríngea neurogênica associada à Toxoplasmose cerebral. Não houve significância estatística entre disfagia e os valores de carga viral e contagem de células CD4.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Transtornos de Deglutição; HIV; Candida

■ INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi inicialmente descrita nos Estados Unidos da América, no início dos anos 80, como um quadro de deficiência imunológica que acometia jovens homossexuais do sexo masculino, que apresentavam infecções e neoplasias comumente associadas a quadros de imunodeficiência, mas sem história patológica prévia. Desde então, evoluiu como uma pandemia, tornando-se um problema de saúde pública de âmbito mundial ¹.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde existem atualmente 36,1 milhões de pessoas com HIV/AIDS, com 21,8 milhões de óbitos desde o início da pandemia ¹.

Desde o início da década de 80 até dezembro de 2003, o Ministério da Saúde notificou 310.310 casos de AIDS no Brasil. Ainda no ano de 2003 foram notificados 22.000 novos casos ¹.

As interações entre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o sistema imune humano são extraordinariamente complexas ¹. O vírus HIV pode infectar e replicar em uma grande variedade de células humanas. A infecção dos linfócitos T, especificamente das células CD4, é a mais estudada e a melhor entendida. Estas células CD4 funcionam como alerta de defesa do sistema imunológico ².

O vírus HIV primeiro se junta a partir de uma interação entre uma grande glicoproteína viral e um ponto de ligação na superfície dos receptores das células CD4. Apesar do vírus HIV poder infectar outras células, avalia-se hoje, que a interação entre o vírus e o receptor CD4 é a mais comum e o mais importante mecanismo de infecção ².

(1) Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Fonoaudióloga do Hospital Lifecenter e da UTI Pediátrica do Hospital Mater Dei.

(2) Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Fonoaudióloga do Hospital Lifecenter.

(3) Médica, Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médica assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Após prender-se no receptor da célula CD4, a membrana viral mistura-se à membrana da célula e o conteúdo nuclear é inserido no citoplasma da célula hospedeira. Neste processo, as células CD4 vão sendo destruídas e o sistema imunológico produz novas células chamadas de CD8 para tentar substituir as células perdidas ².

A patogenicidade do vírus HIV nos linfócitos T infectados está longe de ser completamente entendido, mas não existe dúvida que a infecção do HIV nestas células pode levar à morte celular ².

Então, pode-se inferir que quanto menor o número de CD4, maior será a carga viral ³. Os valores normais de CD4, para a maioria dos laboratórios, estão na faixa de 800 - 1.050/mm³ com variabilidade de 500 a 1.400/mm³ quando considera-se dois desvios padrão ⁴. A contagem de célula CD4 é considerada marcador da doença por várias razões: porque o número médio de células CD4 de um indivíduo normal é conhecido, porque sabe-se que esta célula é a maior porta de entrada do vírus no sistema imunológico e porque ela é facilmente mensurável ³.

O teste de carga viral indica a quantidade de cópias de HIV em um mililitro cúbico de sangue. Os resultados podem variar de "indetectável" até milhões de cópias. Quanto mais o HIV se multiplica no organismo, mais a carga viral se eleva. Níveis altos sugerem riscos de evolução da AIDS e baixa da contagem de CD4 ³.

Algumas condições podem ser associadas à contagem de CD4. Em pacientes com contagem acima de 500/mm³ espera-se encontrar: Síndrome Retroviral aguda; Candidíase vaginal; Linfadenopatia generalizada persistente; Síndrome Guillain-Barré; Miopatia e Meningite asséptica. Em pacientes com contagem entre 200 a 500/mm³ espera-se encontrar: Pneumonia por pneumococo e outras bactérias; Tuberculose pulmonar; Herpes zoster; Candidíase oral e esofágica; Criptosporidose autolimitada; Sarcoma de Kaposi; Leucoplasia pilosa oral; Câncer cervical; Linfoma de células B; Anemia; Linfoma de Hodgkin e Pneumonite intersticial linfocitária. Em pacientes com contagem abaixo de 200/mm³ espera-se encontrar: Pneumonia por *Pneumocystis carinii*; Herpes simples, crônico ou disseminado; Toxoplasmose; Criptococose; Criptosporidose crônica; Tuberculose extrapulmonar; Leucoencefalopatia multifocal progressiva; Candidíase esofágica; Síndrome consumptiva; Neuropatia periférica; Demência associada ao HIV; Linfoma cerebral; Cardiomiopatia. E em pacientes com contagem de células CD4 abaixo de 50/mm³ espera-se encontrar Citomegalovírus disseminado e Complexo *Mycobacterium avium* disseminado.

A infecção pelo HIV resulta numa ampla variação de manifestações clínicas, variando de um estado de portador assintomático até o desenvolvimento de doenças oportunistas graves e potencialmen-

te letais. A AIDS é o estágio mais avançado da doença, no qual o sistema imunológico já não pode mais controlar organismos ou neoplasias oportunistas que raramente causariam doenças em indivíduos imunocompetentes ¹.

Os objetivos deste estudo são: determinar a frequência da disfagia em pacientes com AIDS; quantificar a frequência de disfagia mecânica, disfagia neurogênica e disfagia mista; tentar estabelecer uma relação entre o grau e tipo de disfagia com a contagem de células CD4 e carga viral e relacionar as doenças associadas que podem causar disfagia.

■ MÉTODOS

No período de outubro de 2003 a janeiro de 2004 foi realizada pesquisa, com 32 indivíduos portadores de HIV, internados na Clínica Nossa Senhora da Conceição. Deste total, 09 indivíduos foram excluídos do trabalho por não possuírem exames de sangue com contagem de células CD4 e/ou contagem da carga viral, o que inviabilizava a comparação dos dados.

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação funcional da deglutição e concomitantemente foram anotados os valores de células CD4, a carga viral e as doenças associadas previamente diagnosticadas de cada paciente. Estes dados foram colhidos nos prontuários médicos.

O protocolo de Avaliação de Disfagia em Pacientes Portadores de AIDS foi elaborado pelas autoras especificamente para a realização deste trabalho e adotado para a coleta de dados, constando dos seguintes itens:

I – Identificação:

Nome: _____
 Idade: _____
 Profissão: _____
 Doenças associadas: _____
 Carga viral: _____
 Contagem de células CD4: _____
 Data: __/__/__

II – Quadro Respiratório:

1. Traqueostomia : () Sim () Não
 Cuff: () Sim () Não
2. Uso de O₂ : () Sim () Não
3. Frequência Respiratória: () Adequada () Aumentada
4. Complicações Respiratórias: () Sim () Não

III – Cognitivo:

1. Nível de consciência
 () Vigil
 () Sonolento
 () Confusão Mental / Delírio
 () Torpor
 () Coma

IV – Avaliação Funcional

- 1 – Higiene oral () Adequada () Inadequada
- 2 – Dependência para alimentação () Sim () Não
- 3 – Xerostomia () Sim () Não
- 4 – Sialorréia () Sim () Não
- 5 – Posicionamento durante a alimentação:
() Sentado () Deitado
- 6 – Mastigação () Adequada () Alterada
- 7 – Alteração vocal () Sim () Não
- 8 – Reflexo de náusea ou vômito () Sim () Não
- 9 – Reflexo de tosse () Sim () Não
- 10 – Mordida tônica () Sim () Não
- 11 – Odínofagia () Sim () Não
- 12 – Deglutição

	Líquido	Pastoso Fino	Pastoso Grosso	Sólido
Vedamento labial				
Escape extra-oral				
Estase alimentar				
Diminuição da elevação laríngea				
Deglutições múltiplas				
Refluxo nasal				
Alteração na ausculta cervical				
Tosse				
Engasgo				
Voz molhada após deglutição				
Alteração respiratória				
Sudorese				
Sonolência				
Disfagia				

- V – Tipo de disfagia
() Neurogênica () Mecânica () Ambas
- VI – Grau de disfagia
() Ausente () Leve () Moderada () Grave

Para avaliação funcional da deglutição os alimentos utilizados foram:

- Sólido: biscoito de leite (do tipo “Maria”)
- Pastoso fino: Suco de uva com 1 e ½ colher dosadora de espessante alimentar Thick & Easy® da marca Hormel.
- Pastoso grosso: Suco de uva com 2 colheres dosadoras de espessante alimentar Thick & Easy® da marca Hormel.
- Líquido: suco de uva.

Quando necessário esses alimentos foram substituídos por similares que não continham açúcar.

É importante salientar que quando o paciente apresentava disfagia para alimentos de consistência pastosa e/ou líquida não era realizado teste com consistência sólida para evitar-se o risco de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal e assim, uma possível pneumonia aspirativa.

A presente pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Espe-

cialização em Fonoaudiologia Clínica, sob nº 180/03, tendo sido considerada como baixo risco e com necessidade do consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado estudo estatístico com todos os dados da pesquisa. Testes estatísticos não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram aplicados para comparar os grupos quanto às variáveis carga viral e CD4. É importante salientar que a escolha do teste não-paramétrico se deu devido à natureza dos dados, que não apresentaram uma distribuição normal.

RESULTADOS

Do total de 23 pacientes aptos a participarem da coleta de dados 07 (30%) apresentaram algum tipo de disfagia. Destes, 05 (22%) apresentaram sintomas de disfagia exclusivamente neurogênica, 01 (4%) apresentou sintomas de disfagia exclusivamente mecânica, e 01 (4%) apresentou sintomas de disfagia mista, tanto mecânica quanto neurogênica (Figura 1). Sendo todos os pacientes disfágicos do sexo masculino. Os 23 indivíduos aptos a participar do estudo eram 17 do sexo masculino e 06 do sexo feminino. Sendo 03 na faixa etária de 20 a 29 anos, 12 de 30 a 39 anos, 05 de 40 a 49 anos, 01 de 50 a 59 anos e 02 variando entre 60 a 69 anos (Figura 2).

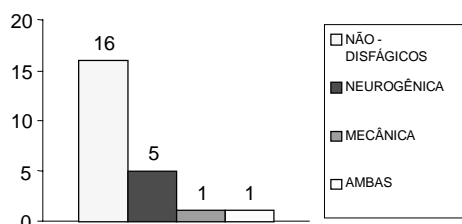


Figura 1 – Tipo de disfagia apresentada por indivíduos portadores de AIDS com sintomas de disfagia

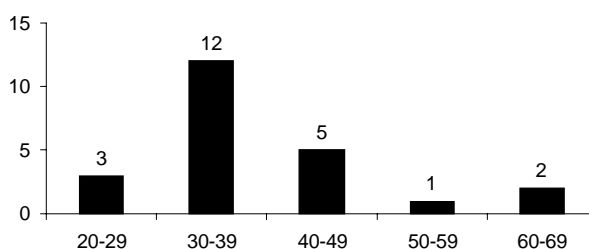


Figura 2 – Faixa etária dos indivíduos portadores de AIDS

Nos pacientes disfágicos, a faixa etária foi de 01 indivíduo entre 20-29 (14,3%), 03 entre 30-39 (42,9%), 02 entre 40-49 (28,6%) e 01 entre 60-69 (14,3%) (Figura 3).

Das doenças associadas à AIDS comumente encontradas na literatura, as mais freqüentes nos pacientes disfágicos incluídos na pesquisa foram Candidíase (57%), Meningoencefalite tuberculosa

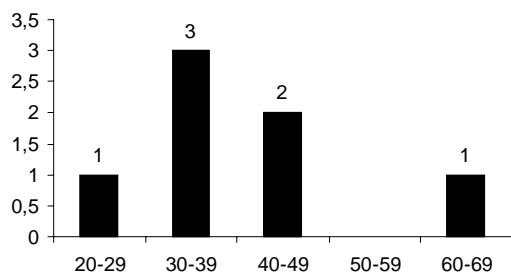


Figura 3 – Faixa etária dos indivíduos portadores de AIDS com sintomas/sinais de disfagia

(14,2%), Toxoplasmose cerebral (85,7%), Criptococose extra pulmonar (meningoencefalite) (14,2%), Pneumonia por *Pneumocystis carinii* (28,5%), CMV – Citomegalovírus (14,2%) (Figura 4).

Todos os pacientes que apresentaram disfagia do tipo neurogênica tiveram diagnóstico confirmado de Toxoplasmose cerebral (Tabela 1).

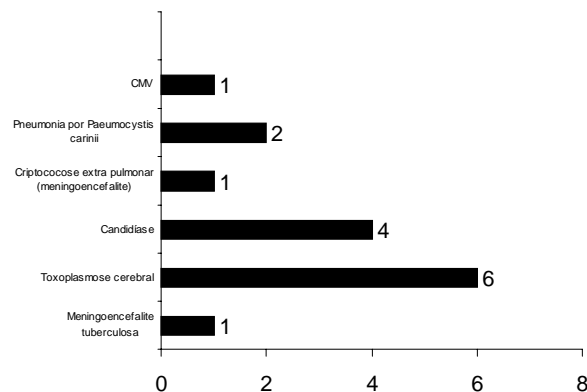


Figura 4 – Doenças Associadas à AIDS apresentadas pelos indivíduos portadores de AIDS com sintomas/sinais de disfagia

Tabela 1 – Características dos indivíduos portadores de AIDS segundo gênero, idade carga viral (em Cópias/ml) , CD4 (em Células/mm³) , presença de disfagia neurogênica e/ou mecânica e grau de manifestação da disfagia.

Indivíduo	Gênero	Idade	Carga viral Cópias/ml	CD4 Células/mm ³	Disfagia Neurogênica	Disfagia Mecânica	Grau de disfagia*
01	M	29	159,659	109	0	0	0
02	M	36	126,245	71	1	0	1
03	F	68	5,500	939	0	0	0
04	M	30	5,052	126	1	0	1
05	M	38	65,943	55	1	0	1
06	M	38	1,000	386	0	0	0
07	M	36	50	115	0	0	0
08	F	36	1,575	316	0	0	0
09	F	37	221,000	45	0	0	0
10	M	48	68	34	0	0	0
11	M	61	120,000	240	1	0	2
12	M	29	186	54	1	0	1
13	M	39	212,000	19	0	0	0
14	M	30	68,000	128	0	0	0
15	M	31	358,048	31	0	0	0
16	F	40	788	2	0	0	0
17	F	53	500,000	270	0	0	0
18	M	42	22,516	390	0	0	0
19	F	37	120,338	161	0	0	0
20	M	42	1,511	262	1	1	1
21	M	32	275	0,93	0	0	0
22	M	41	47,590	39	0	1	2
23	M	24	100,000	1	0	0	0

0 Ausente 1 Presente
 *0 Ausente 1 Leve 2 Moderado
 M- Masculino F- Feminino

A contagem de células CD4 dos pacientes disfágicos variou entre 71/mm³ e 240/mm³ para os que apresentaram alteração do tipo neurogênica, 39/mm³ para disfagia do tipo mecânica e 262/mm³ para mista (Tabela 1).

Os valores da contagem de carga viral variaram de 186 até 126,245, entre os indivíduos disfágicos, o que não permite estabelecer uma faixa de ocorrência mais susceptível para o sintoma (Tabela 1).

O teste de Kuskal-Wallis revelou não existir diferença significativa da variável Carga Viral quando se considera o grau de disfagia do paciente (p=0,72). Da mesma maneira, o teste revelou que não há diferença entre os três graus de disfagia com relação à variável CD4 (p=0,989), segundo dados apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Relação da carga viral e grau de disfagia em indivíduos portadores de AIDS

Variável	Grau de Disfagia	N	Mediana
Carga viral	Grau 0	16	45.258
	Grau 1	5	5.052
	Grau 2	2	83.795

N- Número absoluto

Tabela 3 – Relação de CD4 e grau de disfagia em indivíduos portadores de AIDS

Variável	Grau de Disfagia	N	Mediana
CD4	Grau 0	16	112,0
	Grau 1	5	71,0
	Grau 2	2	139,5

N- Número absoluto

A Figura 5 mostra a relação entre as variáveis Carga Viral e CD4. Observa-se que a princípio parece existir uma associação negativa, ou seja, quanto maior a Carga Viral menor a CD4. Porém, essa relação não ocorre de forma linear, o que pode ser verificado pelo fato de alguns pacientes apresentarem Carga Viral alta e CD4 alta também. Dessa forma, é necessário fazer um teste para testar se existe associação linear entre essas duas variáveis. O teste de correlação de Pearson testa as seguintes hipóteses: H_0 : Não existe associação linear entre as variáveis; H_1 : Existe associação linear entre as variáveis.

O valor-p encontrado para este teste, feito no software estatístico MINITAB, foi de 0,499. Considerando um nível de significância de 5%, rejeitamos a hipótese H_0 quando o valor-p < 0,05. Neste caso, não rejeitamos a hipótese H_0 , então não existe associação linear entre as variáveis Carga Viral e CD4 (Figura 5).

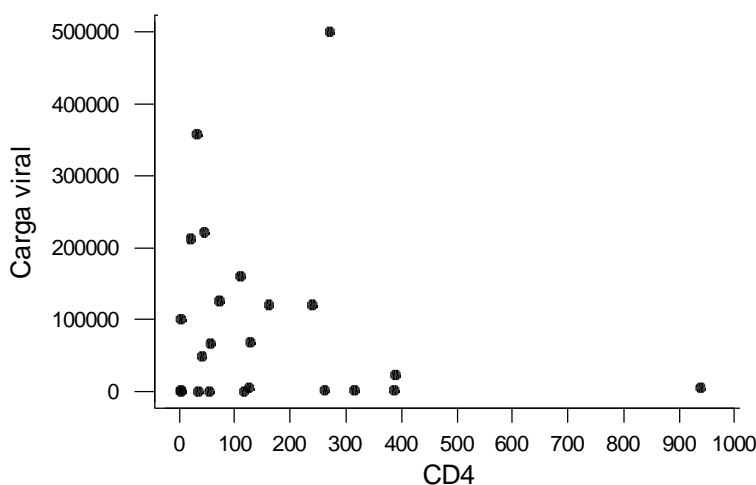


Figura 5 – Relação das variáveis Carga Viral e CD4 dos indivíduos portadores de AIDS com ou sem disfagia

■ DISCUSSÃO

O ato de deglutir, aparentemente simples, é na verdade, a resultante de um complexo mecanismo neuromotor, cuja coordenação resulta no efetivo transporte do alimento até o estômago ⁵.

A disfagia é um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do trato digestivo, desde a boca até o estômago. Este sintoma pode causar risco clínico de desidratação, desnutrição e aspiração de saliva, secreções ou alimentos para o pulmão ⁶.

Os sinais ou indícios mais comuns da disfagia são engasgos, tosse, regurgitamento nasal, resíduo alimentar na cavidade bucal, alteração vocal, emagrecimento, recusa alimentar, preferência por alimentos macios e pastosos e pneumonias de repetição, que em casos mais graves, podem levar ao óbito.

As causas da disfagia podem ser psicológicas, induzidas por drogas, mecânicas e neurológicas. As mais estudadas são as de ordem mecânica, como traumas de face, câncer de laringe, radioterapia; e as de origem neurológica, como acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico, paralisia cerebral, Parkinson, miastenia gravis e Alzheimer.

Considerando-se que a evolução no tratamento da AIDS propiciou um aumento significativo na expectativa de vida dos portadores de HIV/AIDS, várias doenças antes não freqüentes tornaram-se comuns. Vários autores relacionaram a presença da disfagia em alterações neurológicas, cânceres e afecções na cavidade orofaríngea.

No Brasil, segundo o último boletim epidemiológico, as doenças mais frequentemente comunicadas quando da notificação dos casos de AIDS foram candidíase, pneumocistose pulmonar, tuberculose e toxoplasmose cerebral.

Os sintomas gastrointestinais são comuns e continuam sendo a razão principal de desnutrição que acompanha a progressão da AIDS. Estudos relatam sintomas de odinofagia e disfagia em 47% dos pacientes com AIDS ⁷. Quando existe acometimento esofágico essa incidência sobe para 59 a 79% dos pacientes ¹.

Vários motivos podem resultar em queixa de disfagia nos pacientes com HIV, isso inclui fungos, vírus, bactérias, indução por medicamento, parasitas e lesões idiopáticas no esôfago ⁸.

As candidíases orais representam uma das lesões mais comuns desde a infecção pelo vírus como na AIDS. Alguns estudos assinalam que mais de 75% dos pacientes infectados apresentam candidíase durante o curso da doença ⁹. Uma das razões para isso é que a administração de antibióticos sistêmicos provoca uma modificação no meio oral reduzindo antagonistas microbianos que facilitam a proliferação de *Cândida* ¹⁰. As infecções na

mucosa aparecem relativamente cedo, geralmente quando a contagem das células CD4 baixa para 200 a 300 células/mm³ de sangue, por causa da redução da imunidade celular. A candidíase orofaríngea desenvolve-se em mais de 60% dos pacientes/ano com contagem de células CD4 igual a 100 /mm³ de sangue e apresenta sinais e sintomas que vão de disfagia até assintomático, dor oral, gosto amargo ou azedo na boca, até esofagite com odinofagia ¹¹.

Episódios de candidíase orofaríngea ocorrem em quase todos os pacientes com AIDS. E candidíase esofágica ocorre em 22% dos pacientes durante o curso da doença. Tanto a candidíase orofaríngea quanto a candidíase esofágica tendem a ser crônicas e cada vez mais sintomáticas com a piora progressiva da imunidade ¹².

A freqüência de candidíase encontrada na população estudada coincide com a descrita na literatura, embora a queixa seja menor provavelmente devido à evolução da medicação utilizada para o tratamento da mesma.

Em comparação com os dados encontrados em literatura percebe-se uma diminuição significativa do número de pacientes que apresentam disfagia mecânica. Isto se deve à evolução da medicação utilizada para o tratamento da AIDS e de suas doenças associadas. No caso da Candidíase, embora a freqüência de aparecimento da doença permaneça dentro do encontrado na literatura, muitas vezes ela está presente, mas o paciente não apresenta queixa.

Um estudo em 1990 mostrou que alguns pacientes desenvolvem odinofagia grave sem lesões orais, e na maioria das vezes, isto está relacionado a úlceras esofágicas causadas por candidíase esofágica. Alguns pacientes desenvolvem diferentes tipos de candidíase orofaríngea. Disfagia não é um sintoma freqüente em pacientes com candidíase orofaríngea susceptível ao fluconazol, mas é um sintoma freqüente na doença causada pelo subtipo resistente ¹³.

Segundo os dados do Ministério da Saúde a toxoplasmose cerebral encontra-se como uma doença de alta incidência mundial em pacientes com contagem de CD4 < 200/mm³ ¹. É a doença neurológica mais freqüente em pacientes portadores do vírus da AIDS, ela ocorre em 20-30% dos portadores de HIV.

Os sinais e sintomas da toxoplasmose cerebral variam de acordo com a área do sistema nervoso central acometida pelo foco infeccioso, mas em geral observa-se déficit neurológico motor associado com confusão mental ou algum grau de embotamento da consciência ou comprometimento do nível de vigília ¹⁴. As anormalidades focais mais sugestivas de processo expansivo intracraniano incluem convulsões, hemiparesia, tremor cerebelar, paralisia de nervos cranianos e diplopia ¹⁵. Esporadi-

camente, podem surgir apraxia, afasia, alterações sensoriais, hemianopsias e quadrantopsias¹⁴, além de alterações de comportamento, fala e, em alguns casos, de deglutição¹⁵.

Na maioria dos casos, o tratamento com esquema duplo de drogas antimicrobianas é extremamente eficaz, com melhora substancial ocorrendo poucos dias após o seu início, tanto do ponto de vista clínico como imagenológico¹⁴.

A incidência de toxoplasmose cerebral nos pacientes avaliados foi superior ao citado na literatura, mas não pudemos estabelecer uma razão para este aumento tão significativo. Inferimos que a maior incidência desta doença justifica um maior índice de disfagia neurogênica.

Outras alterações neurológicas como a meningoencefalite e a meningite tuberculosa, que surgem com a diminuição na contagem de células CD4, podem causar distúrbios na deglutição¹⁰.

A terapia fonoaudiológica nos pacientes portadores de disfagia varia de acordo com o tipo e o grau de severidade da alteração. Na maioria dos pacientes internados na Clínica Nossa Senhora da

Conceição a atuação fonoaudiológica visou adequação de consistência, temperatura, volume dos alimentos, utensílios e posturas mais favoráveis a uma alimentação segura e eficiente.

■ CONCLUSÃO

Dos pacientes portadores de AIDS que apresentaram disfagia, a maioria mostrou disfagia orofaríngea do tipo neurogênica associada à Toxoplasmose cerebral e contagem de células CD4 inferior a 262.

As análises estatísticas demonstraram que não existe relevância entre disfagia e os valores de carga viral e contagem de células CD4.

As doenças mais freqüentemente encontradas associadas à disfagia foram Tuberculose pulmonar, Candidíase oral e esofágica; Criptococose extra pulmonar (meningoencefalite), Pneumonia por *Pneumocystis carinii*; Toxoplasmose cerebral, Meningoencefalite tuberculosa e Citomegalovirus o que coincide com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde.

ABSTRACT

Purpose: to determine the frequency of dysphagia in patients with AIDS admitted in a Clinic; quantify the frequency of both dysphagia types (mechanical and neurological); establish a relation among dysphagia, CD4 and viral load; and relate the secondary infections that may cause dysphagia.

Methods: a research in the medical records to collect information and a swallowing test were done in 23 patients, 17 males, 6 females, between 24 and 68 years old. **Results:** seven patients had dysphagia. In this group of seven, five patients had neurological dysphagia, 1 had mechanical dysphagia and 1 had both types. Candidiasis (57%), Meningoencephalitis tuberculosis (14,2%), Brain Toxoplasmosis (85,7%), Criptococosis extra lungs (meningoencephalitis) (14,2%), Pneumonia by *Pneumocystis carinii* (28,5%), Cytomegalovirus (14,2%) were the most frequent diseases in patients with dysphagia. **Conclusions:** most patients with dysphagia had neurological dysphagia related to brain toxoplasmosis. The statistical analysis showed that there is no relevance in relation among dysphagia, CD4 cells counts and viral load.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Deglutition Disorders; HIV; Candida

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Dados e pesquisa em DST e AIDS: Dados de AIDS 2004 Fev-Mar. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>
2. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention. 3. ed. Lippincott; 1992.
3. Grupo pela Vida / SP. Fale conosco: CD4. 2001-2003 Fev-Mar. Disponível em <http://www.aids.org.br>
4. Bartlett JG. Medical management of HIV infection. Glenview (IL): Physicians & Scientist Publishing Co.; 1996.
5. Macedo Filho E, Pissani JC, Carneiro J, Gomes G. Disfagia: abordagem multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Frôntis; 1998.

6. Castell DO, Donner MW. Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. *Dysphagia* 1987; 2:65-74.
7. Martinez EJ, Nord HJ. Significance of solitary and multiple esophageal ulcers in patients with AIDS. *Southern Medical Journal* 1995; 88(6):626-9.
8. Shapiro BD, Ehreinpreis ED. Idiopathic midesophageal stricture: a new cause of dysphagia in a patient with AIDS. *Southern Medical Journal* 1997; 90(1):80-2.
9. Delgado W, Aguirre JM. Las micosis orales en la era del SIDA. *Rev Iberoam Micol* 1997; 14:14-22.
10. Farman J, Travitian A, Rosenthal LE, Schwartz GE, Raugman JP. Focal esophageal candidiasis in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Gastrointest Radiol* 1986; 11:213-17.
11. Toomey JM. Opportunistic Infections in AIDS. *Jacksonville Medicine* 1997 [citado em Fev-Mar 2004]. Disponível em <http://www.tgila.com>
12. Hood S, Hollis S, Percy M, Atkinson G, Williams K, Denning D. Assessment of therapeutic response of oropharyngeal and esophageal candidiasis in AIDS with use of a new clinical scoring system: studies with D0870. *Clinical Infectious Diseases* 1999; 28:587-96.
13. Bach M, Howell D, Valenti A, Smith T, Winslow D. Aphthous ulceration of the gastrointestinal tract in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Annals of internal medicine* 1990; 112:465-7.
14. Equipe Editorial Bibliomed. Toxoplasmose cerebral: toxoplasmose cerebral e infecção pelo HIV Jul 2004. Disponível em <http://www.bibliomed.com.br>
15. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 7. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

RECEBIDO EM:30/12/04
ACEITO EM:21/02/05

Endereço para correspondência:
Rua Carangola, 213/20
Belo Horizonte – MG
CEP: 30330-240
e-mail: danifonobh@yahoo.com.br