
MANIFESTAÇÕES COLOPROCTOLÓGICAS EM 42 PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)*

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ, TSBCP, TCBC**
JOÃO VICENTE LINHARES RODRIGUES***
ANDRÉA TAVARES DE OLIVEIRA***

CRUZ GMG, RODRIGUES JVL & OLIVEIRA AT - Manifestações coloproctológicas em 42 pacientes portadores de síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 105-116

RESUMO: AIDS ou síndrome de imunodeficiência adquirida é causada pelo vírus de imunodeficiência (HIV) tipos 1 e 2, que são transmitidos pela troca de líquidos corporais, principalmente pelo sangue e pelo sêmen, através de contatos sexuais, uso comum de agulhas de injeção por usuários de drogas e incidentalmente pelo contato com sangue contaminado e transfusões sanguíneas. Os sintomas mais comuns nas fases iniciais da doença são linfadenopatia generalizada, febre, hiporexia, perda de peso e diarreia de longa duração (acima de um mês), sendo muito freqüente a presença das denominadas “doenças oportunistas”, incluindo colites ou infecções por vírus (*Herpes simplex e zoster, Human papillomavirus, Cytomegalovirus*), bactérias sistêmicas (*Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium avium, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Calymmatobacterium granulomatis ou Donovanina granulomatis*), bactérias intestinais (*Shigella flexneri, Shigella sonnei, Campylobacter, Campylobacter jejuni, Campylobacter fetus, Campylobacter intestinalis, Salmonella sp., Clostridium difficile*), parasitas (*Criptosporidium, Microsporium - Enterocytozoon bienewisi e Septata intestinalis-Toxoplasma gondii, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Isospora belli*), fungos (*Candida albicans*), tumores (Sarcoma de KAPOSÍ, linfoma não-HODGKIN, tumor carcinóide, carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermóide), inespecíficas (fissuras anais, abscessos e fistulas anais e anorretais, complicações hemorroidárias, plicomas anais, papilas anais). Os autores apresentam suas experiências com o seguimento de 42 pacientes portadores de AIDS em um universo de 870 pacientes coloproctológicos, no tocante as idades, sexos, raças, condições socioculturais, possíveis modos de transmissão da doença e principais achados coloproctológicos e sistêmicos. Chamam a atenção para a maior incidência de AIDS em pacientes jovens, sexo masculino, brancos e de boas condições socioculturais (em relação ao grupo controle). Os achados coloproctológicos mais evidentes de doenças oportunistas foram colites disentericas por vírus, bactérias, parasitas e fungos, trombozes hemorroidárias, fissuras anais, fistulas anais, úlceras e plicomas anais, abscessos anais, condilomas anais e doença de FOURNIER, seguindo outras não tão comuns como donovanose, herpes anal e perianal, incontinência fecal, doença de CROHN anal e ileocecal, retocolite ulcerativa inespecífica e esquistossomose anal. Os achados sistêmicos mais conspícuos foram colites por germes oportunistas, sífilis, tuberculose pulmonar, candidíase, herpes genital e labial, sarcoma de KAPOSÍ e pênfigo.

UNITERMOS: SIDA; síndrome de imunodeficiência adquirida; exame proctológico em pacientes aidéticos; exame proctológico; doenças coloretais

INTRODUÇÃO

AIDS ou SIDA é uma doença virótica de transmissão através de práticas sexuais (homossexualismo, bissexualismo, heterossexualismo promíscuo e descuidado), de drogas injetáveis e de transfusões sanguíneas. Assim, os maiores grupos de risco incorporam os homossexuais, os bissexuais, os promíscuos sexuais, os viciados em drogas injetáveis, os hemofílicos e eventuais usuários de transfusões sanguíneas.

Ocorrências e doenças denominadas “oportunistas”, de incidência relacionada à falta de defesa orgânica, à debacle

do sistema imunológico, que é a própria natureza da AIDS, são freqüentes, tanto como simples concomitâncias quanto como por serem comuns entre populações de comportamentos sexuais de minorias e descuidados. A designação “*Gay Bowel Syndrome*” (Síndrome do intestino gay) refere-se às doenças sexualmente transmissíveis (DST) decorrentes de práticas homossexuais e heterossexuais promíscuas.

Tivemos a oportunidade de acompanhar 42 pacientes portadores de HIV e todos aidéticos, internados em hospital de referência para a doença, na qualidade de coloproctologista, em interconsultas. O quadro nº 1 mostra a relação destes 42 pacientes, constando, em colunas subsequentes, a numeração de ordem, os registros hospitalares, as iniciais, os sexos, as histórias clínicas de prováveis modos de transmissão da doença, as datas de atendimentos, os diagnósticos coloproctológicos e, por último, os diagnósticos sistêmicos dos pacientes.

QUADRO Nº 1

Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS

nº	registro	iniciais	sexo	história	datas atend.	diagns.proctológicos	diagns.sistêmicos
1.	032.377	JGA	M	HOM	10/03/91	NA	dor anal
2.	032.917	JCA	M	HOM	17/06/91	fissura anal	dor e sangue
3.	033.177	ACO	M	HOM	08/08/91	NA	KAPOSI, sífilis (VDRL+)
4.	032.168	SAP	M	BIS	04/02/92	FOURNIER	coma óbito
5.	039.406	JPG	M	BIS	24/09/92	fístulas anais	dor e secreção
6.	035.072	ARP	M	PRO	15/10/92	úlceras perianais	dor e sangue
7.	040.383	PSS	M	PRO	29/10/92	fístulas anais	tub pulmonar
8.	035.072	ARP	M	PRO	29/10/92	úlceras perianais atonía esfínteriana	tub pulmonar disenteria
9.	041.643	ADA	M	DRO	24/11/92	retocolite	incont.fecal
10.	039.915	JMF	M	HOM	24/11/92	retocolite	disenteria
11.	036.647	EAC	F	PRO	10/12/92	abscesso anal	dor anal
12.	043.054	ARF	M	HOM	19/01/93	retocolite	disenteria
13.	044.401	MAJ	M	HOM	11/02/93	condiloma acuminado retocolite	cândida oral disenteria
14.	043.442	MAF	M	HOM	16/02/93	trombose hemorroid retocolite	Disenteria sífilis (VDRL+)
15.	043.729	HCAC	M	HOM	18/02/93	abscesso anal	dor anal
16.	039.906	VLA	F	MARID	18/02/93	trombose hemorroid.	Dor e sangue 8º mês gestação
17.	044.261	SF	F	PRO	08/02/93	abscesso anal herpes perianal	dor anal herpes labial herpes genital
18.	044.004	JLV	M	HOM	16/03/93	NA	disenteria
19.	049.308	JLPS	M	HOM	13/05/93	fístulas anais	sífilis (VDRL+)
20.	042.892	CLA	M	HOM	29/06/93	fístulas anais	dor e secreção
21.	051.827	JAS	M	PRO	15/07/93	fístulas anais	dor e secreção Kaposi
22.	054.765	EDS	M	HOM	07/10/93	fissuras anais	dor e sangue tub. pulmonar
23.	031.753	JFP	M	BIS	07/10/93	estenose anal fissuras anais	dor e sangue
24.	043.442	MAF	M	HOM	29/11/93	úlceras anais sífilis (VDRL+)	dor e sangue
25.	054.814	GCDP	M	BIS	25/04/94	trombose hemor	dor anal
26.	063.932	LAP	M	HOM	23/05/94	condiloma acuminado retocolite	pênfigo disenteria
27.	066.051	WGG	M	DRO	20/06/94	RCUI	disenteria
28.	065.551	EEA	M	HOM	23/06/94	CROHN anal ileal	disenteria
29.	054.814	GM	M	PRO	28/07/94	trombose hemor	dor anal
30.	068.510	RFOF	M	HOM	08/08/94	fissuras anais	dor e sangue
31.	044.401	MAJ	H	HOM	22/08/94	NA	revisão
32.	068.473	RGF	M	BIS	05/09/94	NA	disenteria
33.	069.882	RD	M	PRO	26/09/94	trombose hemorroid.	dor anal
34.	054.814	GCDP	M	HOM	17/11/94	NA	revisão
35.	073.630	CSS	M	HOM	12/12/94	NA	revisão
36.	075.458	WRP	M	PRO	02/02/95	trombose hemorroid.	dor anal
37.	075.574	CHA	M	PRO	02/02/95	trombose hemorroid.	dor anal
38.	075.796	NAC	F	PRO	02/02/95	donovanose	dor e secreção sífilis (VDRL+)
39.	076.697	MLO	M	DRO	23/02/95	FOURNIER	dor e secreção candidíase oral
40.	079.594	NAC	M	PRO	28/04/95	NA	revisão
41.	079.701	MMR	F	PRO	18/05/95	esquistossomose	disenteria
42.	079.891	ING	M	PRO	20/07/95	NA	revisão herpes zoster

Estes 42 pacientes inserem-se no contexto de 870 exames coloproctológicos consecutivos, realizados no decurso de 3 anos, dentro do mesmo recinto hospitalar, abrangendo tanto pacientes internados, quanto pacientes externos, provenientes da mesma região periférica de Belo Horizonte. Jamais poderíamos estabelecer a proporção de 42 casos de AIDS, para 870 pacientes coloproctológicos, encontrando

uma taxa de incidência absolutamente absurda de 4,83%, pelo motivo básico de ser o hospital sede do consultório um hospital de referência para AIDS. Especificamente na grande Belo Horizonte, a incidência de AIDS no período de 15 anos de diagnóstico, de 1980 a 1995, foi de 87,6 por 100.000 habitantes, segundo dados preliminares, de 2/12/1995, do Ministério de Saúde^(1,54).

PACIENTES E MÉTODOS

Motivos do exame proctológico

Constituem estes doentes um grupo especial. Todos estavam internados em fases evolutivas diversas de AIDS, tendo a consulta proctológica sido feita por indicação do médico assistente (quadro nº 2): a não ser por 6 pacientes que foram encaminhados sem sintomas coloproctológicos (14,29%), todos os demais (85,71%) foram referidos à clínica coloproctológica em decorrência de sintomas locais. A diarreia incontrolável, a maioria por citomegalovírus, foi responsável pelo encaminhamento de 12 pacientes (28,57%), seguindo-se a dor anal persistente (7 pacientes, 16,66%), a dor anal persistente e a presença permanente de sangue na região perineal (7 pacientes, 16,66%), a dor anal persistente e presença de secreção purulenta com e sem sangue na região perineal (6 pacientes, 14,29%) e incontinência fecal (1 paciente, 2,38%).

IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES

O quadro nº 3 mostra que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (37 casos, 88,10%), havendo apenas 5 casos da doença no sexo feminino (11,90%), sendo tal achado muito diferente da proporção homens/mulheres no grupo dos 870 pacientes examinados (468 homens, 53,79% e 402 mulheres, 46,21%). Isto mostra que, independente de meios e convívios, a incidência da AIDS em homens supera a incidência em mulheres. As idades eram muito baixas (quadro nº 4), havendo 6 pacientes em faixas etárias inferiores a 20 anos (14,28%), atingindo o pico na década de 21 a 30 anos (31 pacientes, 73,81%), decrescendo entre 31 e 40 anos (4 casos, 9,52%), de modo a apenas um paciente (2,39%) se enquadrar na quarta década, sem uma única ocorrência em idades superiores a 42 anos. O paciente mais jovem tinha 18 anos e o mais velho 42 anos, sendo 27,8 anos a idade média dos 42 pacientes. Também aqui, pelas suas próprias características, há uma grande disparidade entre as faixas etárias dos 42 pacientes aidéticos e as faixas etárias do grupo dos 870 pacientes examinados: na faixa de até 10 anos nenhum caso de AIDS foi observado, contra 11 pacientes do grupo geral; na faixa de 11 a 20 anos 14,28% eram portadores de AIDS, coincidindo com 13,11% dos pacientes do grupo geral; na década de 21 a 30 anos situavam-se 73,81%, a maioria esmagadora dos casos de AIDS, contra apenas 24,57% dos pacientes do grupo geral; na faixa de 31 a 40 anos apenas foram observados 4 casos de AIDS (9,52%) contra 20,92% do grupo de referência; enquanto o paciente aidético mais velho do grupo tinha apenas 42 anos de idade, 26,21% dos pacientes do grupo de referência tinham idades superiores a esta. É interessante se notar que enquanto a média etária dos pacientes do grupo de referência era de 41,3 anos, situava-se em 27,8 anos a média etária dos pacientes portadores de AIDS. Enquanto o paciente mais velho do grupo de referência era de 86 anos de idade, o paciente aidético mais velho tinha apenas 42 anos de idade. Concluindo, enquanto apenas 38,74% dos 870 pacientes tinham idades inferiores a 30 anos, esta faixa de idades era ocupada por 88,09% dos 42 pacientes aidéticos. A despeito de a caracterização racial ser feita pela simples tonalidade da pele e por detalhes físicos, portanto, de valor científico discutível, é interessante notar-

se (quadro nº 5) que 26 pacientes eram brancos (61,90%), 11 eram negros (21,20%) e apenas 5 eram pardos (11,90%). Esta estatística, quando comparada à raça dos 870 pacientes do grupo de referência, mostra que havia 413 pacientes brancos (47,47%) do grupo de referência contra 61,90% de aidéticos; 162 pacientes negros (18,62%) contra 26,20% de aidéticos e 293 pacientes (33,68%) pardos contra 11,90% de aidéticos. No tocante à escolaridade e ao grau de instrução dos pacientes (quadro nº 6), 31 eram alfabetizados, alguns com curso primário completo (73,81%), 9 tinham o curso colegial completo (21,43%), sendo apenas 2 analfabetos (4,76%). Esta estatística, quando comparada à escolaridade e aos graus de instrução dos 870 pacientes em cujo universo estes 42 aidéticos se situavam, mostra o seguinte: 427 pacientes (49,09%) tinham curso primário ou eram alfabetizados contra 73,81% dos aidéticos, 223 pacientes (25,63%) eram analfabetos contra 4,76% de aidéticos e 183 pacientes (21,03%) tinham formação colegial contra 21,43% de aidéticos. Chama a atenção a grande maioria dos aidéticos ser alfabetizada (95,24%) contra 74,37% dos pacientes do grupo de referência.

QUADRO Nº 2

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Motivos da consulta proctológica**

sintomas sugestivos	números	porcentagens
REVISÃO (ASSINTOMÁTICOS)	6	14,29%
DISENTERIA INCONTROLÁVEL	12	28,57%
DOR ANAL	7	16,66%
DOR ANALE SANGUE	7	16,66%
DOR E SECREÇÃO	6	14,29%
INCONTINÊNCIA FECAL	1	2,38%

QUADRO Nº 3

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Comparação das incidências 42 casos de AIDS em 870 pacientes coloproctológicos por sexo**

sexo	870 coloproctológicos		42 pacientes portadores de AIDS	
	números	porcentagens	números	porcentagens
MASCULINO	468	57,79%	37	88,10%
FEMININO	402	46,21%	5	11,90%
TOTAL	870	100,00%	42	100,00%

QUADRO Nº 4

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Comparação das incidências em 42 casos de AIDS em 870 pacientes coloproctológicos por idades**

idades	870 pacientes coloproctológicos		42 pacientes portadores de AIDS	
	números	porcentagens	números	porcentagens
<10 ANOS	11	1,26%	0	0%
11-20 ANOS	114	13,11%	6	14,28%
21-30 ANOS	212	24,37%	31	73,81%
31-40 ANOS	182	20,92%	4	9,52%
41-50 ANOS	123	14,13%	1	2,39%
>50 ANOS	228	26,21%	0	0%
TOTAL	870	100,00%	42	100,00%

QUADRO Nº 5

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Comparação das incidências em 42 casos de AIDS em 870 pacientes coloproctológicos por raça**

raças	870 pacientes coloproctológicos		42 pacientes portadores de AIDS	
	números	porcentagens	números	porcentagens
BRANCA	413	47,47%	26	61,90%
NEGRA	162	18,62%	11	26,20%
PARDA	293	33,68%	5	11,90%
AMARELA	002	0,23%	0	0%
TOTAL	870	100,00%	42	100,00%

QUADRO Nº 6

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Comparação das incidências em 42 casos de AIDS em 870 pacientes coloproctológicos por escolaridade**

escolaridade	870 pacientes coloproctológicos		42 pacientes portadores de AIDS	
	números	porcentagens	números	porcentagens
SUPERIOR	037	4,25%	0	0%
COLEGIAL	183	21,03%	9	21,43%
PRIMÁRIO/ANLF.	427	49,09%	31	73,81%
ANALFABETOS	223	25,63%	2	4,76%
TOTAL	870	100,00%	42	100,00%

Prováveis causas de transmissão da doença

Trata-se de uma doença virótica de transmissão extremamente ligada a práticas sexuais (homossexualismo, bissexualismo, heterossexualismo promíscuo e descuidado), ao uso e abuso de drogas injetáveis e às transfusões sanguíneas. Assim, os maiores grupos de risco incorporam os homossexuais, os bissexuais, os promíscuos sexuais, os viciados em drogas injetáveis, os hemofílicos e eventuais usuários de transfusões sanguíneas, sendo demais meios de transmissão raras eventualidades. O quadro nº 7 mostra os prováveis processos de transmissão da doença dos 42 pacientes: as práticas sexuais responderam por quase totalidade dos casos (39 pacientes, 92,85%), seguindo-se as drogas injetáveis (3 casos, 7,15%), nenhum caso sendo atribuído a transfusões sanguíneas. Entre as práticas sexuais destacaram-se o homossexualismo passivo (19 casos, 48,71%), o bissexualismo (14 casos, 35,91%), o heterossexualismo e a promiscuidade sexual (5 casos, 12,82%) e a contração do próprio cônjuge (1 caso, 2,56%).

Diagnósticos proctológicos

Além das doenças oportunistas sistêmicas e com repercussões coloproctológicas (tuberculose, candidíase, citomegalovirose, criptosporidiose, microsporidiose, micobacteriose, herpes, toxoplasmose e sarcoma de KAPOSI*), há outras doenças que acometem o ânus e a região anal do paciente portador de AIDS, algumas delas ligadas diretamente ao próprio contexto imunossupressor da doença (condiloma anal acuminado, herpes anal, doença de FOURNIER**, donovanose anal, abscesso de margem de ânus, fístula anal, úlceras anais, fissuras anais) e outras como corolários de quadros clínicos causados pela doença (trombose hemorroidária, fissuras anais e proctites).

Como se nota no quadro nº 8, ao lado de 9 exames proctológicos normais (21,43%), vários achados proctológicos (34 casos, 78,57%) foram dignos de nota, entre eles: colites disentericas por germes oportunistas (9 casos, 21,43%), trombozes hemorroidárias (7 casos, 16,66%), fístulas anais (5 casos, 11,90%), fissuras anais (4 casos, 9,52%), abscessos anais (3 casos, 7,15%), úlceras perianais, condilomas anais acuminados e doença de FOURNIER (2 casos cada, 4,76%, e, com um caso cada (2,38%), donovanose, herpes anal, incontinência fecal, doença de CROHN*** anal e ileocecal, retocolite ulcerativa inespecífica e esquistossomose.

Diagnósticos sistêmicos

Entre as doenças e infecções que afetam com notada prevalência as pessoas portadoras de AIDS destacam-se, pela gravidade e incidência, a tuberculose, a candidíase, a citomegalovirose, a criptosporidiose, a microsporidiose, a micobacteriose, o herpes, a toxoplasmose e o sarcoma de KAPOSI. Entre os diagnósticos sistêmicos feitos nos 42 pacientes portadores de AIDS destacaram (quadro nº 9): colites por germes oportunistas (12 casos, 28,57%), sífilis (5 casos, 11,90%), tuberculose pulmonar (4 casos, 9,52%), candidíase (2 casos, 4,76%), herpes genital labial (2 casos, 4,76%), sarcoma de KAPOSI (2 casos, 4,76%) e um caso de pêfnigo (2,38%).

QUADRO Nº 7

**Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS
Causas prováveis das transmissões**

causas	nº	%	subitens das causas	nº	%
SEXO	39	92,85%	HOMOSSEXUALISMO	19	48,71%
			BISSEXUALISMO	14	35,91%
			HETEROSSEXUALISMO	5	12,82%
			CÔNJUGE	1	2,56%
			SUBTOTAL	39	100,00%
DROGAS I.V.	3	7,15%			
TRANS-FUSÃO	0	0%			
TOTAL	42	100,00%			

* KAPOSI, Montz Kohn (1837-1902), dermatologista húngaro, radicado na Áustria: sarcoma de Kaposi (tumor maligno multifocal de neoformação vascular primitiva, que ocorre na pele, e, secundariamente, em gânglios linfáticos e vísceras; freqüentemente apresenta-se infiltrado por macrófagos e hemácias extravasadas; clinicamente apresenta-se como lesões cutâneas avermelhadas a escuras em forma de placas ou máculas ou nódulos, observado mais freqüentemente em pessoas acima de 60 anos de idade e integrando as doenças oportunistas em pacientes portadores de AIDS).

** FOURNIER, Jean-Alfred (1832-1914), clínico, dermatologista, venerologista e sifilologista francês, um dos pioneiros no diagnóstico das doenças venéreas, doutorando-se com a tese sobre contágio sifilítico, mundialmente famoso pelos seus ensinamentos.

*** CROHN, Burrill B. (1884-1983), gastroenterologista americano: Doença de Crohn (processo inflamatório granulomatoso vazio, inespecífico, que acomete a região ileocecal, ocorrendo, ainda, em quaisquer segmentos do tubo digestivo e no perâneo).

QUADRO Nº 8

Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS Diagnósticos pelo exame coloproctológico		
diagnósticos	números	porcentagens
EXAME NORMAL	9	21,43%
COLITES DISENTÉRICAS	9	21,43%
TROMBOSES HEMOR.	7	16,66%
FÍSTULAS ANAIS	5	11,90%
FISSURAS ANAIS	4	9,52%
ABCESSOS ANAIS	3	7,15%
ÚLCERAS PERIANAIS	2	4,76%
CONDILOMAS ANAIS	2	4,76%
FOURNIER	2	4,76%
DONOVANOSE	1	2,38%
HERPES ANAL	1	2,38%
INCONTINÊNCIA ANAL	1	2,38%
CROHN ANAL E ILEAL	1	2,38%
RCUI	1	2,38%
ESQUISTOSSOMOSE	1	2,38%

QUADRO Nº 9

Intercorrências coloproctológicas em 42 pacientes portadores de AIDS Diagnósticos sistêmicos		
diagnósticos	números	porcentagens
COLITE POR GERMES OPORTUN.	12	28,57%
SÍFILIS	5	11,90%
TUBERCULOSE PULMONAR	4	9,52%
CANDIDÍASE	2	4,76%
HERPES	2	4,76%
KAPOSI	2	4,76%
PÊNFIGO	1	2,38%
TOTAL	28	(66,66%)

DISCUSSÃO

AIDS é uma doença virótica de transmissão através de práticas sexuais (homossexualismo, bissexualismo, heterossexualismo promíscuo e descuidado), de drogas injetáveis e de transfusões sanguíneas, de onde os maiores grupos de risco incorporam os homossexuais, os bissexuais, os promíscuos sexuais, os viciados em drogas injetáveis, os hemofílicos e eventuais usuários de transfusões sanguíneas.

O quadro nº 10 mostra a distribuição de 74.038 casos de AIDS no Brasil, em adultos, no período de 1980 a 1995, visando as prováveis causas de transmissão, elaborado pelo Ministério de Saúde⁽¹⁾, em 2/12/1995. Nota-se, neste quadro, que as práticas sexuais participaram com 49,6% (corrigindo com os casos não definidos e os múltiplos, chegando a 64,3%), muito abaixo dos 92,85% observados em nosso grupo. De forma inversa, os casos atribuídos ao uso de drogas atingiram a cifra crua de 22,0% (corrigindo com os casos não definidos e múltiplos, chegando a 34,8%), elevadíssima quando comparada aos meros 7,15% dos 42 casos observados por nós.

Ocorrências e doenças denominadas "oportunistas", de incidência relacionada à falta de defesa orgânica, à debacle do sistema imunológico, que é a própria natureza da AIDS, são freqüentes, tanto como simples concomitâncias quanto como por serem comuns entre populações de comportamentos sexuais de minorias e descuidados.

A designação "Gay Bowel Syndrome" (Síndrome do intestino gay) refere-se às doenças sexualmente transmissíveis (DST) decorrentes de práticas homossexuais e heterossexuais promíscuas. Entre estas doenças e ocorrências oportunistas verificadas nos aidéticos, destacam-se as de origem virótica^(3,6,8,9,16,18-20,22,26,30,45,48,52,55,58,63,69,72) (*Herpes simplex* e *zoster*^(16,18,22,26,45,48,52,69)), *Human papillomavirus*^(3,8,9,18,20,52,55), *Cytomegalovirus*^(7,18,19,30,52,58,63,72), bacteriana sistêmica^(3,4,5,11,14,23,24,27,29,31,32,34-37,40,41,44,49,57,60,62,66-68,70,73), (*Mycobacterium tuberculosis*^(21,40,57,60), *Mycobacterium avium*^(21,31,40,66), *Neisseria gonorrhoeae*^(14,23,32,35,37,41,68), *Chlamydia trachomatis*^(32,44,49,60,62), *Treponema pallidum*^(29,32,36), *Haemophilus ducreyi*^(12,28,38,71), *Calymmatobacterium granulomatis* ou *Donovania granulomatis*^(5,23,24,35,68)), bacteriana intestinal(*Shigella flexneri*^(11,34,70), *Shigella sonnei*^(11,34,70), *Campylobacter*^(11,34,56), *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter fetus*, *Campylobacter intestinalis*, *Salmonella sp.*^(11,24,34), *Clostridium difficile*^(4,5,24), parasitária^(12,17,28,39) (*Criptosporidium*, *Microsporium - Enterocytozoon bienuesi* e *Septata intestinalis - Toxoplasma gondii*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Isoospora belli*), fúngicas⁽²⁷⁾ (*Candida albicans*), tumoraes^(1,6,13,25,29,50) (Sarcoma de KAPOSI^(1,6,25,29), linfoma não-HODGKIN^(25,50*), tumor carcinóide⁽⁵⁰⁾, carcinoma de células escamosas⁽¹³⁾, carcinoma epidermóide⁽¹³⁾), inespecíficas^(2,10,12,28,39,42,46,47,61,64,65) (fissuras anais, abscessos e fístulas anais e anorretais, complicações hemorroidárias, plicomas anais, papilas anais).

QUADRO Nº 10

Distribuição de casos de AIDS no Brasil em adultos segundo período de 1980 a 1995 pela causa provável

categorias simples	números	globais	porcentagens
HOMOSSEXUAIS	16.731		22,6%
USUÁRIOS DE DROGAS IV	16.278		22,0%
HETEROSSEXUAIS	12.216		16,5%
BISSEXUAIS	7.760		10,5%
RECEPTORES DE SANGUE	2.459		3,3%
HEMOFÍLICOS	613		0,8%
CATEGORIAS MÚLTIPLAS			
NÃO DEFINIDOS	14.195		19,2%
HOMO-BI-DROGAS IV	2.835		3,8%
HOMO-BI-TRANSFUSÃO	461		0,6%
DROGAS-TRANSFUSÃO	337		0,5%
HOMO-BI-DROGAS-TRANSFUSÃO	70		0,1%
DROGAS-HEMOFÍLICO	39		0,1%
HOMO-BI-HEMOFÍLICO	36		0%
HOMO-BI-DROGAS-HEMOFÍLICO	8		0%
TOTAL	74.038		100,0%

MINISTÉRIO DE SAÚDE, 02/12/1995

* HODGKIN, Thomas (1798-1866), médico inglês: doença ou linfoma ou linfadenoma de Hodgkin (linfadenopatia hipertrófica crônica, com aumento regional dos gânglios linfáticos e, posteriormente, generalizado, esplenomegalia, hepatomegalia, anemia, febre descontínua, considerada uma neoplasia maligna de células linfóides de origem desconhecida, associada a um infiltrado inflamatório de linfócitos e eosinófilos e fibrose, classificando-se em linfocítica, de esclerose nodular, de celularidade mista e de depleção linfocítica).

QUADRO Nº 11

Doenças e ocorrências oportunistas comuns em aids

- VIRUS:
 - HERPES SIMPLEX E ZOSTER (VHS)
 - HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV)
 - CYTOMEGALOVIRUS (CMV)
- BACTÉRIAS SISTÊMICAS:
 - MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS
 - MYCOBACTERIUM AVIUM
 - NEISSERIA GONORRHOEAE
 - CHLAMYDIA TRACHOMATIS
 - TREPONEMA PALLIDUM
 - HAEMOPHILUS DUCREYI
 - CALYMMATOBACTERIUM GRANULOMATIS (DONOVANLIA GRANULOMATIS)
- BACTÉRIAS INTESTINAIS:
 - SHIGELLA
 - SHIGELLA FLEXNERI
 - SHIGELLA SONNEI
 - CAMPYLOBACTER
 - CAMPYLOBACTER JEJUNI
 - CAMPYLOBACTER FETUS
 - CAMPYLOBACTER INTESTINALIS
 - SALMONELLA SP.
 - CLOSTRIDIUM DIFFICILE
- PARASITAS:
 - CRIPTOSPORIDIUM
 - MICROSPORUM:
 - ENTEROCYTOZOOM BIENEUSI
 - SEPTATA INTESTINALIS
 - TOXOPLASMA GONDII
 - ENTAMOEBIA HISTOLYTICA
 - GIARDIA LAMBLIA
 - ISOSPORA BELLI
- FUNGOS:
 - CANDIDA ALBICANS
- TUMORES:
 - SARCOMA DE KAPOSI
 - LINFOMA NÃO-HODGKIN
 - CARCINOMAS ANORRETAIS:
 - CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CCE)
 - CARCINOMA EPIDERMÓIDE
- INESPECÍFICOS:
 - FISSURA ANAL
 - ABCESSOS E FÍSTULAS PERIANAIS
 - COMPLICAÇÕES HEMORROIDÁRIAS
 - PLICOMAS PERIANAIS
 - PAPILAS HIPERTRÓFICAS

OCORRÊNCIAS VIRÓTICAS:

HERPES SIMPLEX E ZOSTER (16,18,22,26,45,48,52,69): São vírus que se caracterizam por causar lesões eruptivas na pele a partir de vesículas ou bolhas, podendo acometer pessoas hígdas, mas com acentuada incidência em imunodeprimidos, notadamente portadores de HIV e de AIDS. Entre as formas de vírus de herpes destacam-se: herpes simples I (labial), herpes simples II (perianal e genital) e o herpes *zoster* (lesões bolhosas cutâneas causadas pelo vírus da catapora reativado). Se o aparecimento e o curso clínico das lesões herpéticas são benignas em pacientes imunologicamente depressivos do cotidiano da vida, são muito severas e mesmo alarmantes em pacientes fortemente imunodeprimidos, seja

por medicamentos imunossupressores, seja pela presença imunossupressora do HIV e em pacientes portadores de AIDS. Tanto o herpes simples quanto o herpes *zoster* podem ser comensais, e podem ser ou não eliminados com o tratamento, permanecendo ou não latentes no corpo do indivíduo, pronto para nova reativação frente a novo surto imunossupressor. Mas podem tais vírus ser transmitidos a não portadores através de contatos íntimos, seja pelo beijo seja por relações sexuais, quando integram as denominadas DSTs (doenças sexualmente transmissíveis).

PAPILOMAVÍRUS HUMANO (3,8,9,18,20,52,55): É causado pelo PVH, vírus DNA, com 68 diferentes sorotipos. Os sorotipos 6 e 11 são associados à doença condilomatosa com baixo grau de displasia, enquanto que o 16 e 18, e outras menos frequentes (30,42,44,45,51,54), com formas severas de displasia. O genoma do PVH se integra no cromossomo das células malignas, sendo encontrado nas neoplasias anogenitais. O contágio ocorre pelo contato, penetração e proliferação do vírus na camada de células basais da pele, e é facilitado nas superfícies traumatizadas. A evolução se faz de forma bastante variável, com regressão espontânea, infecção subclínica ou latente, assintomática, na forma de verrugas ou condiloma acuminado, ou disseminada. Por esse amplo espectro de apresentação, a real prevalência da infecção pelo PVH não é bem conhecida. Na população de homossexuais cerca de 50 a 75% são portadores assintomáticos do PVH (9,52).

O período de incubação varia de 1 a 3 meses, e se apresenta na região anorretal na forma de lesões vegetantes sésseis, com dor, prurido anal, sangramento. Os métodos cito e histopatológicos são rápidos, de fácil execução e de baixo custo para o diagnóstico. Sinais de acantose, disceratose e grandes células com núcleo hiper cromático e anal perinuclear claro no citoplasma - coilócito - são característicos de infecção por PVH. Outros métodos disponíveis, como a microscopia eletrônica, processo de ampliação do DNA do PVH por reação da cadeia de polimerase e a imuno-histoquímica, com uso de anti-soros para papilomavírus são mais específicos, porém eles não identificam a presença de displasia. A hibridização do DNA é detectada e tipa os diversos sorotipos de PVH. Pode ser usado tanto no material de biopsia, como em células colhidas por esfregaço, que é mais simples, porém é menos sensível e específico.

CITOMEGALOVÍRUS (7,18,19,30,52,58,63,72): É uma doença prevalente na retina e nos intestinos, causada por um vírus do grupo herpes (CMV - *citomegalovírus*), com incidência elevada entre pacientes portadores de imunodeficiência, entre os quais os portadores de AIDS. Muitos indivíduos são portadores de CMV sem desenvolver a doença, fato que decorre da alta concentração de células CD4, cujo número é muito baixo entre os portadores da doença. Nos aids, pela falta de resistência e pela baixa concentração de tais células, os vírus podem atingir todo o corpo, destacando-se os olhos, intestinos, garganta, pulmões, cérebro, bexiga e fígado. Nos aids são comuns as denominadas "colites disenteriformes por CMV" e a "retinite por CMV", que frequentemente leva à cegueira. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico (embaçamento progressivo da visão e pontos flu-

tuantes na visão no caso de retinite; e, no caso da colite, disenteria, cólicas abdominais, mucorréia, meteorismo, perda de peso, febre e hiporexia) e testes sanguíneos para verificação de exposição ao CMV.

Ocorrências bacterianas

BACILO DE KOCH* OU MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS^(21,40,57,60): A tuberculose, doença infectocontagiosa causada pelo bacilo de KOCH ou *Mycobacterium tuberculosis*, encontrada no ar, por onde se processa a transmissão, através da inalação dos perdigotos eliminados pelo portador da doença. Embora a tuberculose possa ocorrer em qualquer parte do corpo humano, como no intestino ou nos rins, somente são contagiosas pelo ar as formas pulmonares e das vias aéreas superiores. O indivíduo pode inalar o bacilo, albergá-lo sem desenvolver a doença, em decorrência de sua resistência imunológica, tornando-se portador da forma latente da doença e não a transmitindo. Todavia, estando o sistema imunológico do indivíduo combalido, há grandes possibilidades de a doença se desenvolver e ganhar terreno, o que se nota, principalmente entre portadores de imunodeficiência de qualquer etiologia, e, especialmente, nos portadores de HIV e de AIDS. O diagnóstico da tuberculose é feito pela história clínica (febre, suores noturnos, hiporexia, perda de peso corporal e fadiga, acrescentando-se a tosse com expectoração no caso de o sítio de localização ser o pulmonar), pelo teste cutâneo de MANTOUX** (PPD), radiografia simples de tórax e exame baciloscópico do catarro expectorado ou colhido. É importante a concomitância que pode existir de tuberculose pulmonar e pneumonia por *Pneumocystis carinii*⁽²⁷⁾ e micobacteriose por *Mycobacterium avium*^(21,31,40,66).

NEISSERIA GONORRHOEAE^(14,23,32,35,37,41,68): É uma DST que grassou em decorrência da modificação do comportamento sexual. Mais de 55% dos homens homossexuais abrigam *N. gonorrhoeae* na região uretral e/ou retal, sendo que a maioria é assintomática.

A gonorréia anal é contraída pelo coito anal receptivo no homem e na mulher, e, nesta última, podendo ocorrer a auto-infecção proveniente da vagina. Os principais sintomas são o prurido, o tenesmo e a hematoquezia, apresentando-se a mucosa retal friável, eritematosa e ulcerada, sendo comum a ocorrência de secreção mucopurulenta à expressão das criptas anais. O diagnóstico laboratorial é feito pela baciloscopia corada pelo GRAM ou pela baciloscopia de sementeiras em meio de THAYER-MARTIN*** ou de STUART. A cultura mais dispendiosa não é muito mais

sensível que a baciloscopia.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS^(32,44,49,60,62): A proctite por clamídia é encontrada em pessoas praticantes de coito anal receptivo. Apesar de já estarem identificados 15 imunotipos de *Chlamydia trachomatis*, somente dois imunotipos alojam-se na região anorretal. O linfogranuloma venéreo é causado pelos imunotipos L₁, L₂ e L₃. A proctite por clamídia mimetiza a doença de CROHN, tanto em seus achados físicos quanto nos sintomas: mucosa friável e com ulcerações destrutivas grosseiras, com sintomas de dor anal, tenesmo, sangue e pus nas fezes, podendo ocorrer certo grau de incontinência fecal e fístulas para órgãos vizinhos. 60% a 80% dos pacientes portadores de DST⁽¹³¹⁾ abrigam anticorpos para *C. trachomatis*. O diagnóstico laboratorial pode ser feito por culturas em células e, mais recentemente, por anticorpos monoclonais específicos para *Chlamydia*.

TREPONEMA PALLIDUM^(29,32,36): O agente etiológico é o espiroqueta *Treponema pallidum*, processando-se a infecção anal primária pelo coito anal receptivo, tendo início por pequena ulceração na região perianal, margem ou canal anal e reto, denominada de cancro duro, acompanhando-se de adenopatia inguinal. A sífilis retal caracteriza-se por sinais de proctite, com irregularidade da mucosa, tenesmo, secreção mucóide e dor. Ambas as formas primárias (cancro de inoculação) e secundárias (sífilis retal) evoluem para cura, mas pode ocorrer forma terciária semelhante a tumores retais e anais. O diagnóstico laboratorial da doença anorretal é feito pelo encontro do espiroqueta em esfregaço da lesão e pesquisa em microscopia de campo escuro ou imunofluorescência. Já o diagnóstico sistêmico da doença é feito por sorologia, quer por testes qualitativos e quantitativos (VDRL ou "Venereal Disease Research Laboratory", quer pela reagina-plasmática-rápida. Já os testes de presença de treponema englobam o de treponema fluorescente absorvido por anticorpo (FTA-ABS) e o teste de microaglutinação do *T. pallidum* (MHA-TP) e o teste de hemaglutinação do treponema para sífilis. Nos pacientes aidéticos a evolução maligna, as complicações e as resistências aos tratamentos são freqüentes.

HAEMOPHILUS DUCREYI^(12,28,38,71): É um bacilo gram-negativo causador do cancro mole ou cancróide ou cancro de DUCREYI*, DST muito comum, e que, quando ocorre na área proctológica subentende coito anal receptivo. Surgem mais rapidamente nos homens após o coito (entre 3 e 7 dias) e mais indeterminada e tardiamente nas mulheres, caracterizando-se, clinicamente, por pequenos *abscessos* que supuram eliminando secreção purulenta, formando úlceras de bordas regulares, podendo, frente à falta de resistência, como na AIDS, formarem fístulas e terebrarem. O diagnóstico laboratorial é feito pelo GRAM de esfregaços e biopsias de

* KOCH, Robert (1843-1910), bacteriologista alemão: Prêmio Nobel, descobridor do *Mycobacterium tuberculosis*.

** MANTOUX, Charles (1877-1947), médico e bacteriologista francês: teste tuberculínico intradérmico para diagnóstico de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, no qual o derivado protéico purificado (PPD) serve como antígeno (alérgeno).

*** THAYER-MARTIN: Thayer JD & Martin JE (meio de ágar).

* DUCREY, Augusto (1860-1940), dermatologista italiano. Descobridor do *Haemophilus* que lhe leva o nome, causador do cancróide ou cancro mole ou cancro de Ducrey.

** DONOVAN, Charles (1863-1951), cirurgião irlandês: Corpúsculos de Donovan (condensações cromatínicas bipolares escuras ou azuis em células mononucleares grandes encontrados em tecidos infectados pelo *Calymmatobacterium granulomatis*.

lesões, com especificidade de 99%.

DONOVANIA GRANULOMATIS (CALYMMATO-BACTERIUM GRANULOMATIS)**^(5,23,24,35,68). É um bacilo Gram-negativo, agente etiológico da donovanose ou granuloma inguinal, de transmissão quase sempre pelo sexo. Não constitui uma DST comum, e, por isto mesmo, sem caracterizações específicas frente à AIDS. Evolui lentamente, formando tumores sólidos ("pseudobubões"), que podem estenotar o reto sem lesão de mucosa, de fora para dentro, fazendo-se acompanhar de linfadenopatia. O diagnóstico laboratorial é feito pelo achado dos denominados "corpos de DONOVAN" (histiócitos albergando os bacilos), seja através do exame a fresco, sob duas lâminas, ou coradas pelos métodos de GIEMSA* ou WRIGHT**.

ENTEROBACTÉRIAS: São constituídas por bactérias intestinais Gram-negativas, principalmente *Shigella flexneri*^(11,34,70), *Shigella sonnei*^(11,34,70), *Campylobacter*^(11,34,56), *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter fetus*, *Campylobacter intestinalis*, *Salmonella sp.*^(11,24,34), *Clostridium difficile*^(4,5,24). A transmissão se dá por via fecal-oral e pelo coito anal.

Salmonella sp.^(11,24,34): As salmoneloses não-tifóides são comuns na SIDA, caracterizando-se pela proctocolite ou enterite, com sintomas de cólicas abdominais, diarreia com sangue, náuseas e vômitos, podendo, eventualmente, ocorrerem manifestações sistêmicas, como febre, prostração e septicemia.

Shigella sp.^(11,34,70): As espécies mais comumente associadas à diarreia em homossexuais masculinos são a *S. flexneri* e *S. sonnei*.

Campylobacter sp.^(11,24,34): As espécies *C. jejuni*, *C. fetus* e *C. intestinalis* provocam diarreia com presença de muco e pus, artralgia, febre, hepatoesplenomegalia dolorosa e abscesso de cripta, tendo evolução maligna, geralmente, nos aidéticos.

Clostridium difficile^(4,5,24): É uma bactéria Gram-positiva causadora de uma colite pseudomembranosa, causada principalmente pelo abuso de antibióticos, levando o paciente a um quadro de diarreia grave e sintomas sistêmicos. É um dos microorganismos frequentemente isolados nas fezes de aidéticos, nos quais seu curso é muito mais grave. O exame proctológico mostra uma mucosa retossigmoideana coberta de placas, sendo o diagnóstico laboratorial feito pelo isolamento do microorganismo nas fezes.

Ocorrências parasitárias

Os principais parasitas são^(12,17,27,39): *Criptosporidium*, *Microsporium* - *Enterocytozoon bieneusi* e *Septata intesti-*

nalis -, *Toxoplasma gondii*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Isospora belli*.

Criptosporidiose

É outra afecção intestinal que acomete indivíduos com o sistema imunológico combalido, causado por um parasita denominado *Criptosporidium*, que não vinga em indivíduos saudáveis habitualmente expostos a ele. Pela própria natureza da doença, a AIDS é um atrativo ao seu desenvolvimento. O acometimento é jejuno-ileal, levando o paciente à colite por *Criptosporidium*, que se manifesta por diarreia aquosa persistente, náusea, vômito, epigastralgia, febre, hiporexia e perda de peso corporal. Líquidos, vitaminas e sais minerais fundamentais são perdidos pela diarreia persistente e de longa duração, agravando sobremaneira o quadro clínico do paciente aidético, podendo levá-lo à morte. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico descrito e pelo achado do parasita nas fezes e no aspirado jejunal (método de ZIEHL-NEELSEN*) ou biópsias jejunais coradas pelo giemsa ou hematoxilina-eosina.

Microsporidiose

É outra afecção intestinal que acomete indivíduos com o sistema imunológico combalido, causado por um parasita denominado *Microsporium*, de duas espécies básicas (*Enterocytozoon bieneusi* e *Septata intestinalis*), que não vingam em indivíduos saudáveis habitualmente expostos a ele, mas que encontra nos portadores de AIDS, campo fértil para desenvolvimento. Acomete preferencialmente o intestino, causando os mesmos sintomas disenteriformes e seus corolários, observados na criptosporidiose, embora acometa, também, os olhos (prurido e fotofobia), o fígado, os rins, os músculos esqueléticos e o cérebro. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico descrito e pelo achado do parasita, não nas fezes, mas em exames de fragmentos retais removidos através de biópsias.

Toxoplasmose

É uma afecção cerebral e oftálmica principalmente causada por um parasita protozoário, *Toxoplasma gondii*, que pode existir em forma latente, mas que é ativado pela imunossupressão do aidético. A contagem de células CD4 abaixo de 200/mm³ é fator marcante no desenvolvimento da doença. Além da existência do toxoplasma em forma latente, pode o referido parasita ser transmitido pela ingestão de carnes malpassadas ou sangrentas, alimentos contaminados pelas fezes de gato e por contato direto com estes animais. O quadro clínico caracteriza-se por manifestações cerebrais

* GIEMSA, Gustav (1867-1948), bacteriologista alemão, autor da coloração que lhe leva o nome: composto de metileno azul-eosina e metileno azul para demonstração dos corpos de NEGRI, de espiroqueta e de protozoários e coloração diferencial de esfregaços sanguíneos e para cromossomos.

** WRIGHT, James Homer (1871-1928), patologista americano: coloração de Wright (mistura de eosinatos de azul de metileno policrômico usado para coloração de esfregaços sanguíneos).

*ZIEHL-NEELSEN (Ziehl, Franz, 1857-1926, bacteriologista alemão, Neelsen, Friedrich K.A., 1854-1894, patologista alemão): Método de coloração ácida de bactérias usando o corante de ZIEHL, descolorando em álcool-ácido e recolorando com azul de metileno, ficando os organismos ácidos vermelhos e os tecidos circunvizinhos azuis.

(fraqueza, hemiparesias, mudanças de humor e personalidade, coma e mesmo morte), oculares (fotofobia, cegueira e diplopias) e alhures (cefaléia, convulsões e dores musculares).

Amebíase

A forma intestinal, causada pela *Entamoeba histolytica*, manifesta-se por cólicas abdominais, *disenteria mucossanguinolenta*, febre, tenesmo e queda do estado geral. A retossigmoidoscopia revela um quadro típico de colite, sendo comuns as ulcerações. O diagnóstico laboratorial é feito pelo achado de cistos e trofozoitos nas fezes e de secreção das ulcerações da mucosa intestinal ou no material de biópsia. Formas intestinais invasivas podem ser diagnosticadas pelos testes sorológicos por hemaglutinação indireta.

Giardiase

Ao contrário da amebíase, a *Giardia lamblia* tem habitat no duodeno e jejuno alto, causando sintomas dispeptiformes e entéricos de cólicas e diarreias inespecíficas, sendo o exame proctológico, habitualmente normal. O diagnóstico laboratorial é feito pelo achado de cistos e trofozoítas nas fezes.

ISOSPORIDIOSE⁽¹⁵⁾: Semelhante à criptosporidiose, a isosporidiose, causada pela *Iso spora belli*⁽¹⁵⁾, é uma infecção freqüente no aidético, com quadro enterocolítico semelhante: cólicas abdominais, flatulência, disenteria intensa e profusa, com queda do estado geral. O diagnóstico laboratorial é feito pelo achado de cistos nas fezes pelo método de ZIEHL modificado.

Ocorrências de fungos

CANDIDÍASE⁽²⁷⁾: É o desenvolvimento anormal e exagerado de um fungo ou levedo (*Candida albicans*) que é habitualmente comensal do ser humano, notadamente na vagina (monilíase vaginal), na garganta e na boca. Devido à baixa de resistência, pode a candidíase ser o primeiro sintoma de um paciente portador de HIV ou portador de AIDS, sendo as localizações mais conspícuas a boca e a língua, mas coexistindo, também, na traquéia, no esôfago e nos pulmões. Na boca a candidíase manifesta-se sob forma de manchas e pontos vermelhos confluentes na língua, palato, gengiva e garganta, muito dolorosas e causadoras de dificuldade e dor à deglutição da própria saliva, podendo descer ao esôfago e estômago, exigindo gastroduodenoscopia para diagnóstico. Na vagina a candidíase se manifesta por corrimento vaginal esbranquiçado e espesso, com prurido e ardência. Em ambas as formas, a candidíase no portador de HIV e no aidético assume proporções alarmantes, seja em intensidade, seja em crises recidivantes, seja em sua localização anorretal.

Ocorrências tumorais

Vários autores^(1,6,13,25,29,50) têm se referido às ocorrências tumorais em portadores de imunodeficiência adquirida, des-

tacando-se: Sarcoma de KAPOSÍ^(1,6,25,29), linfoma não-HODGKIN^(25,50), tumor carcinóide⁽⁵⁰⁾, carcinoma de células escamosas⁽¹³⁾, carcinoma epidermóide⁽¹³⁾.

SARCOMA DE KAPOSÍ^(1,6,25,9): São manchas, placas, máculas, nódulos ou tumores avermelhados ou arroxeados ou quase negros, causados pelo crescimento de pequenos vasos sangüíneos com infiltração celular, que podem ocorrer em pacientes imunodeprimidos, notadamente em portadores de HIV e aidéticos. Os principais sítios de acometimentos são a pele, as mucosas, os gânglios linfáticos e mesmos vísceras (pulmões, estômago e intestino principalmente). Há controvérsias quanto à causa (vírus do *Herpes simplex*⁽¹⁰¹⁾: ou pelo EPSTEIN-BARR ou um germe transmitido sexualmente?) e à transmissão do sarcoma de KAPOSÍ: atinge mais os homossexuais passivos e bissexuais do sexo masculino e usuários de drogas injetáveis do sexo masculino, sendo raro em mulheres. O diagnóstico é feito pelo exame histopatológico de biópsias de lesões cutâneas.

LINFOMA NÃO-HODGKIN^(25,30): São tumores extrínsecos que podem se localizar no trato gastrointestinal como a região anorretal. Por se apresentarem como tumores extraluminais, seu diagnóstico é difícil, exigindo biópsias profundas. O tipo histológico destes linfomas mais freqüente no aidético é o linfoma de BURKITT**, de elevadíssimo grau de malignidade.

CARCINOMAS ANORRETAIS⁽¹³⁾: Os tumores de canal anal e de margem anal, entre os quais o carcinoma de células escamosas (CCE) e os carcinomas epidermóides têm incidência crescente nos últimos anos⁽¹⁵⁶⁾. Vêm-se notando que o estado de imunossupressão parece elevar a incidência e os riscos destes tumores. Enquanto o CCE está relacionado ao HPV⁽¹¹⁵⁾, os carcinomas epidermóides relacionam-se ao coito anal receptivo. Os sintomas se caracterizam pela presença do tumor, com sintomas locais de dor, sangramento e secreção mucopurulenta, decorrendo demais sintomas e sintomas sistêmicos, do estágio dos mesmos. O diagnóstico é feito pelo exame histopatológico de biópsias.

CARCINÓIDE RETAL⁽⁵⁰⁾: O único caso de carcinóide retal em aidéticos foi descrito recentemente por NADAL et cols.⁽⁵⁰⁾, em 1996, tendo os demais 2 casos relatados na literatura, em aidéticos, segundo estes autores, localizado no mediastino e no abdome.

Ocorrências inespecíficas proctológicas

*EPSTEIN-BARR (EPSTEIN, Michel Antony, 1921, virologista inglês; BARR, Yvone, 1932, virologista inglesa): vírus de Epstein-Barr, que são herpesvírus causadores de mononucleose infecciosa, também encontrados em culturas celulares de linfoma de Burkitt, além de também serem encontrados no carcinoma faringiano).

**BURKITT, Denis P (1915-1993), médico inglês radicado em Uganda: linfoma de Burkitt (forma de linfoma maligno, de ocorrência relativamente freqüente entre crianças africanas, envolvendo ossos da face, ovários e gânglios linfáticos abdominais, infiltrado por células indiferenciadas, encontrado em áreas endêmicas de malária, e causado pelo vírus de Epstein-Barr).

Lesões inespecíficas no ânus e região perianal têm sido descritas em aidéticos^(2,10,12,28,39,42,46,47,61,64,65), destacando-se as fissuras anais, os abscessos e fístulas anais e anorretais, as complicações hemorroidárias, os plicomas anais e as papilas anais.

FISSURA ANAL⁽¹⁰⁰⁾: São lesões anais e perianais ulcerativas, infectadas ou não, causadas por processos de disenteria (fezes ácidas) ou de secreção mucopurulenta oriundas de afecções específicas (secreção ácida) por traumatismos físicos decorrentes de práticas sexuais anais. É freqüente, nos aidéticos, outros microorganismos se instalarem em tais fissuras, infectando-as especificamente (herpes, papilomas, sífilis, citomegalovírus e outros). São lesões geralmente muito dolorosas, pois terminações nervosas ficam expostas.

ABSCESSOS E FÍSTULAS PERIANAIS⁽¹⁰⁰⁾: Podem ser de origem específica as mais variadas, embora possam decorrer de processos inespecíficos, como bactérias da própria flora autóctone intestinal e perianal. Sendo específicos ou não, estes abscessos, em decorrência da fragilidade imunológica dos pacientes aidéticos, devem ser abordados precocemente, caso contrário podem evoluir para destruições locais terebrantes e serpiginais (FOURNIER*).

HEMORRÓIDAS^(3,100): Da mesma forma que a população de um modo geral, o aidético pode desenvolver complicações hemorroidárias, todavia, muito mais comuns e mais graves nestes últimos, salientando-se trombozes hemorroidárias, hemorragia e infecção secundária.

Plicomas perianais

Papilas dérmicas podem crescer e se tornarem grosseiras, com processos de infecção secundária, decorrente do trauma químico (acidez de fezes, acidez de secreções mucopurulentas) e físico (prurido, coito, maceração).

Papilas hipertróficas

Crescimentos e infecção das papilas anais e das criptas anais podem ocorrer especialmente nos aidéticos, quer em decorrência da acidez das fezes disentéricas, quer em decorrência do traumatismo anal pelo coito receptivo.

CONCLUSÕES

Em estudo retrospectivo da literatura, verifica-se que, entre as doenças e ocorrências oportunistas de ocorrências comuns em aidéticos, e de interesse coloproctológico, des-

tacam-se as de origem virótica (*Herpes simplex e zoster, Human papillomavirus, Cytomegalovirus*), bacteriana sistêmica (*Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium avium, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Calymmatobacterium granulomatis* ou *Donovania granulomatis*), bacteriana intestinal (*Shigella flexneri, Shigella sonnei, Campylobacter, Campylobacter jejuni, Campylobacter fetus, Campylobacter intestinalis, Salmonella sp., Clostridium difficile*), parasitária (*Criptosporidium, Microsporium - Enterocytozoon bieneusi e Septata intestinalis*), *Toxoplasma gondii, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Isospora belli*), fúngicas (*Candida albicans*), tumorais (sarcoma de KAPOSI, linfoma não-HODGKIN, carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermóide e tumor carcinóide), inespecíficas (fissuras anais, abscessos e fístulas anais e anorretais, complicações hemorroidárias, plicomas anais, papilas anais).

Os autores tiveram oportunidade de acompanhar 42 pacientes portadores de HIV e todos aidéticos em interconsultas, em um universo comparativo de 870 exames proctológicos em uma determinada comunidade. Em comparação com o grupo controle, verificou-se que em relação ao grupo controle os pacientes portadores de AIDS eram: (a) mais jovens (grupo de referência com faixa etária de 41,3 anos e de aidéticos de 27,8 anos), a maioria do sexo masculino (37 anos, 88,10%, em comparação aos 53,69% dos pacientes controles), a maioria de raça branca (26 pacientes, 61,90%, eram brancos, em comparação com 413 pacientes, 47,47%, do grupo controle), a maioria era alfabetizada e tinha níveis de instrução mais expressivos (31 aidéticos ou 95,24% eram alfabetizados, 73,81% com curso primário completo e 21,43% com curso colegial completo, contra 647 ou 74,37% de alfabetizados no grupo controle).

Em comparação com os achados formais dos vários autores, foram os seguintes os fatos observados nos 42 pacientes portadores de AIDS:

As formas de transmissão da doença foram: práticas sexuais 39 casos ou 92,85% (homossexualismo passivo 19 casos, 48,71%, bissexualismo 14 casos, 35,91%, heterossexualismo e a promiscuidade sexual 5 casos, 12,82% e a contração do próprio cônjuge 1 caso, 2,56%) e drogas 3 casos ou 7,15%.

Os achados proctológicos de doenças e ocorrências oportunistas foram: colites disentéricas por germes oportunistas (9 casos, 21,43%), hemorroidárias (7 casos, 16,66%), fístulas anais (5 casos, 11,90%), fissuras anais (4 casos, 9,52%), abscessos anais (3 casos, 7,15%), úlceras perianais, condilomas anais acuminados e doença de FOURNIER (2 casos cada, 4,76%) e, com um caso cada (2,38%), donovanose, herpes anal, incontinência fecal, doença de CROHN anal e ileocecal, retocolite ulcerativa inespecífica e esquistossomose.

Os achados sistêmicos de doenças oportunistas foram: colites por germes oportunistas (12 casos, 28,57%), sífilis (5 casos, 11,90%), tuberculose pulmonar (4 casos, 9,52%), candidíase (2 casos, 4,76%), herpes genital e labial (2 casos, 4,76%), sarcoma de KAPOSI (2 casos, 4,76%) e um caso de pênfigo (2,38%).

*FOURNIER, Jean-Alfred (1832-1914), clínico, dermatologista, venerologista e sifilologista francês, um dos pioneiros no diagnóstico das doenças venéreas, doutorando-se com a tese sobre contágio sifilítico, mundialmente famoso pelos seus ensinamentos.

CRUZ GMG, RODRIGUES JVL, & OLIVEIRA AT - Coloproctologic manifestations in 42 patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

AIDS, or acquired immunodeficiency syndrome is caused by the immunodeficiency viruses (HIV) types 1 and 2, which are transmitted by exchange of body fluids, mainly blood and semen, through sexual contacts, sharing needles by drugs users and incidentally by contact with contaminated blood and blood transfusions. Generalized lymphadenopathy, fever, hyporexia, weight loss and diarrhea lasting more than one month are the main early symptoms, being very frequent the presence of the so called "opportunistic diseases", including by virus (*Herpes simplex* and *zoster*, *Human papillomavirus*, *Cytomegalovirus*), by systemic bacterias (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* or *Donovania granulomatis*), by enterobacterias (*Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Campylobacter*, *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter fetus*, *Campylobacter intestinalis*, *Salmonella sp.*, *Clostridium difficile*), by parasites (*Criptosporidium*, *Microsporium - Enterocytozoon bienewisi* and *Sep-tata intestinalis - Toxoplasma gondii*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Iso-spora belli*), by fungi (*Candida albicans*), tumors (KAPOSI's sarcoma, non-HODGKIN's lymphomas, carcinoid tumor, squamous-cell carcinoma (SCC), epidermoid carcinoma), nonspecific (analfissures, analwarts, skin tags, anal ulcers, anal and anorectal abscesses and fistulas and complications of hemorrhoids). The authors present their experience with a follow-up of 42 patients with AIDS in an universe of 870 coloproctologic patients, as far as age, sex, race, social and cultural conditions, possible ways of transmission of the disease, main coloproctologic and systemic findings are concerned. Attention is called for the leading incidence in males, white, young and good social and cultural conditions of the HIV infected patients. Regarding the coloproctologic findings, the most common opportunistic diseases were disenteric colitis of viral, bacterial, parasitic and fungal origin, hemorrhoid thrombosis, anorectal fistulas, anal fissures and ulcers and skin tags, anal abscesses, anal condylomata and FOURNIER's disease, following some not no common findings as donovanosis, perianal herpes, anal incontinence, anal and ileocecal CROHN's disease, ulcerative rectocolitis, anal schistosomiasis. Systemic findings were opportunistic colitis, syphillis, lung tuberculosis, candidiasis, genital and labial herpes, KAPOSI's sarcoma and pemphigus.

KEY-WORDS: AIDS; acquired immunodeficiency syndrome; proctologic examination of AIDS patients; proctologic examination; colorectal diseases

REFERÊNCIAS

1. AIDS - Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ano VIII nº 03 - Semana epidemiológica - 33 a 35 - junho a agosto-95.
2. Allen-Mersh TG, Gottesman LG, Miles AJG et al: The management of anorectal disease in HIV-positive patients (symposium) Int J Colorectal Dis 1990; 5:61-72
3. Ampel NM, Stout ML, Garewal HS et al. Persistent rectal ulcer associated with human papillomavirus type 33 in a patient with AIDS: successful treatment with isotretinoin. Rev Infect Dis 1990. 12:1004-1007

4. Andres HA, Wyke J, Rat T. Sexually transmitted disease: a new hazard for the gastroenterologist? Gut 1986; 27:1259-64.
5. Belo MTCT, Trajman A, Perez AC, Zaltman C, Barroso PF, Elia CCS Role of different methods for the detection of diarrhoeal pathogens in HIV-infected patients in Brazil. J Diarrhoeal Dis Res 1994; 12(4):287-289.
6. Beral V, Peterman TA, Berkelman RL, Taffe HW. Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? Lancet 1990; 335:123-8.
7. Blackman E, Vimadal S, Nash G. Significance of cytomegalovirus infection in homosexual males. Am J Gastroenterol 1984; 79:935-40.
8. Bonnez W. Huron papilloma virus infections. Mediguide Infect, 1993; 13:1-8.
9. Brown DR, Fife KH. Infecções do Trato genital pelo Papillomavirus humano. In: Clínicas Médicas da América do Norte. Interlivros 1990; 6:1571-602.
10. Centers for Disease Control: 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41:1-19.
11. Chaisson RE. Infections due to encapsulated bacteria, salmonella, shigella and campylobacter. Inf Dis Clin North Am 1988; 2:475-84.
12. Connolly GM, Shanson D, Hawkins DA, Harcourt Webster JN, Gazzard BG, Non-cryptosporidial diarrhoea in human immunodeficiency virus (HIV) infected patients. Gut 1989; 30:195-200.
13. Croxson T, Chabon AB, Roral E, Brash IM. Intraepithelial carcinoma of the anus in homosexual men. Dis Colon Rectum 1984; 24:325-30.
14. Deheragoda P. Diagnosis of rectal gonorrhoeae by blind anorectal swabs compared with direct vision swabs taken via a proctoscope. Br J Vener Dis 1977; 53:311-4.
15. DeHovitz JA, Pape JW, Boncy M et al. Clinical manifestations and therapy of *Iso-spora belli* infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med 1986; 315:87-90.
16. Deture FA, Drylie DM, Kaufman HE, Centrifano YM. Herpesvirus type 2: Study of semen in male subjects with recurrent infections J Urol 1978. 120:449-51.
17. Dias RMDS et al. Enteroparasitoses em pacientes acometidos pela síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) Ver Inst Adolfo Lutz 1988; 48:63-67.
18. Drew WL, Buhles W, Erlich KS. Herpes virus infections (cytomegalovirus, herpes simplex virus, varicella-zoster virus). Infect Dis Clin North Am 1988; 2:495-509.
19. Drew WL, Mintz L, Miner RC et al: Prevalence of cytomegalovirus infection in homosexual males. J Infect Dis 1981; 143:188-92.
20. Euvrard S, Chardonnet J. Lésions anales et Papillomavirus humanis Ann Dermatol Venereol 1991; 118:497-502.
21. Farhi DC et al. Pathological finding in disseminated *Mycobacterium avium*-intracellular infection. A report of 11 cases. Am J Clin Pathol 1986; 85:67.
22. Fife KH, Corey L. Herpes simplex virus. In Sexually transmitted Diseases, 2nd ed. New York, McGraw-Hill 1990; 941.
23. Fluker JL, Deheragoda P, Flatt DJ et al. Rectal gonorrhoea in male homosexuals: presentation and therapy. Br J Vener Dis 1980; 56:397-9
24. Fogaça H, Belo M, Huang LF, Pimentel ML, Elia C. Epidemiological and clinical data of AIDS-related diarrhoea at the Federal University Hospital of Rio de Janeiro, Brazil. Abstract to XI International Conference on AIDS 1996.
25. Freidman SL, Wright TL, Altman DF. Gastrointestinal Kaposi's sarcoma in patients with acquired immunodeficiency syndrome Gastroenterology 1985; 89:102-6.
26. Goodell SE, Quinn TC, Mkrichian E et al. Herpes simplex virus proctitis in homosexual men: clinical, sigmoidoscopic and histopathologic features. N Engl J Med 1983; 308:868-71.
27. Gottlieb MS, Schroff R, Schranker HM et al: Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previous healthy homosexual men. N Engl J Med 1981; 305:1425.
28. Healy FR, Rodriguez-Wong UJ, Cuevas BG. Enfermidades Venéreas Anorretais. Revista Brasileira de Colo-Proctologia 1983; 3:123-8.
29. Hicks CB, Benson PM, Lupton GP et al. Seronegative secondary syphilis in a patient infected with the human immunodeficiency virus (HIV) with Kaposi sarcoma. Ann Intern Med 1987; 107:492-95.
30. Horn TD, Hood AF. Cytomegalovirus is predictably present in

- perianal ulcers from immunosuppressed patients. Arch Dermatol 1990; 126:642-44
31. Horsburgh CR. Jr. Mycobacterium avium complex in the acquired immune deficiency syndrome. N Engl J Med 1991; 324:1332-9.
 32. Huber PJ. Sexually Transmitted diseases in colon and rectal surgery: Syphilis, gonorrhoeae, and chlamydia. Semin Colon Retal Surg 1992; 3:253-4
 33. Iones DJ, Goorney BP. Sexually Transmitted diseases and Anal Papillomas. Br Med J 1992; 305:820-3.
 34. Jacobs JL, Gold JWM, Murray HW et al. Salmonella infections with the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1985; 102:186-88.
 35. Janda WM, Bohnholl M, Morello JA, Lerner AS. Prevalence and site-pathogen studies of Neisseria meningitides and N. gonorrhoeae in homosexual men. JAMA 1980; 244:2060-4.
 36. Johnson PDR, Graves SR, Stevart L et al: Specific syphilis serological tests may become negative in HIV infection. AIDS 1991; 5:419-423.
 37. Judson FN, Penley KA, Robinson ME et al. Prevalence and site pathogen studies of Neisseria meningitides and Neisseria gonorrhoeae in homosexual men. Am J Epidemiol 1980; 112:863-43.
 38. Kazal HL, Sohn N, Carrasco JI et al: The gay bowel syndrome: clinicopathologic correlation in 260 cases. Am Clin Lab Sci 1976; 6:184-92.
 39. Keighley MRB & Williams N. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. W.B. Saunders Company Ltd. 1993;
 40. Klatt et al. Pathology of Mycobacterium avium intracellulare infection in acquired immune deficiency syndrome. Hum Pathol 1987; 18:709.
 41. Lebedeff DA, Hochman EB. Rectal gonorrhoeae in men: Diagnosis and Treatment. Ann Intern Med 1980; 92:463-6.
 42. Mansur H, Fauci AS. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Gastrointestinal Disease - Pathophysiology, Diagnosis, Management. Sleisenger MH. 5th ed., 1993.
 43. Marino AW Jr. Proctologic lesions observed in male homosexuals. Dis Colon Rectum 1964; 7:121-8.
 44. Martin DH. Infecções por "Chlamydia". In: Clínicas Médicas da América do Norte. Interlivros 1990; 6:1479-500.
 45. Mertz GI. Infecções genitais pelo Vírus do Herpes simples. In: Clínicas Médicas da América do Norte. Interlivros 1990; 6:1547-570.
 46. Modesto VL, Gottesman L: Sexually transmitted disease and anal manifestations of AIDS. Surgical Clinics of North America 1994; 74(6):1433-64.
 47. Modesto VL, Gottesman L. Doenças Sexualmente transmitidas e manifestações anais da AIDS. In: Clínicas Cirúrgicas da América do Norte. Interlivros 1994; 6:1501-34.
 48. Moore, Chang. Detection of herpesvirus-like DNA sequences in Kaposi's sarcoma in patients with and those without HIV infection. N Engl J Med 1995; 332(18):1181.
 49. Mora HI, Rivas A, Dib J. Proctitis por Chlamydia en Varones Homosexuales. Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología 1989; 43:295.7.
 50. Nadal SR, Manzione CR, Galvão VM. Tumor carcinóide retal em paciente portador de síndrome de imunodeficiência adquirida. Relato de Caso. Rev Bras Colo-Proct 1996; 16(1):17-18.
 51. Navin TR, Juranek DD. Cryptosporidiosis: Clinical epidemiologic and parasitologic review. Rev Infect Dis 1984; 6:313-27.
 52. Oriel A & Almeida JE. Demonstrations of virus particles in human genital warts. Br J Vener Dis 1970; 46:37-42.
 53. Oriel JD. Anal warts and anal coitus. Br J Vener Dis 1971; 47:373-6.
 54. Padilha-Gonçalves A, Morais de Sá CA, Rubini N. Infecção HIV/AIDS. Visão Brasileira (Encontro da Academia Nacional de Medicina com a Real Academia de Medicina de Espanha, Contribuição Brasileira). An Acad Nac Med 1995;155(4):208-211.
 55. Palefsky JM. Anal human papillomavirus infection and anal cancer in HIV-positive individuals: an emerging problem. AIDS 1994; 8:283-95.
 56. Perlman DM, Ampel NM, Schiffman RB et al. Persistent Campylobacter jejuni infections in patients with HIV. Ann Intern Med 1988; 108:540-6.
 57. Pitchenik A, Cole C, Russell B et al. Tuberculosis, atypical mycobacteriosis and the acquired immunodeficiency syndrome among Haitian and non-Haitian patients in south Florida. Ann Intern Med 1984; 101:641.
 58. Puy-Montbrun T, Ganassia R, Lemarchand N, Delechenault P, Denis J. Anal ulcerations due to Cytomegalovirus in patients with AIDS. Dis Colo Rectum 1990; 33:1041-1043.
 59. Pyrhonen S & Johansson E. Regression of warts: an immunological study. Lancet 1975; i:592-5.
 60. Quinn TC, Goodell SE, Mkrtrichian EE et al. Chlamydia trachomatis proctitis. N Engl J Med 1981; 305:195-200.
 61. Quinn TC. Abordagem clínica às infecções intestinais em homens homossexuais. In: Sida e outros problemas médicos no homossexualismo masculino. Interlivros 1987; 121-46.
 62. Quinn TC, Goodell SE, Mkrtrichian E et al. Chlamydia trachomatis proctitis. N Engl J Med 1981; 305:195-200.
 63. Rene E, Marche C, Chevalier T et al. Cytomegalovirus colitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Dig Dis Sci 1988; 33:741-750.
 64. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36(suppl):15-18.
 65. Rompalo A. Causas Sexualmente transmissíveis de sintomas gastrointestinais em homens homossexuais. In: Clínicas Médicas da América do Norte. Interlivros 1990; 6:1753-66.
 66. Roth RI, Owen RL, Keren DF, Volberding PA. Intestinal infection with Mycobacterium avium in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Histological and clinical comparison with Whipple's disease. Dig Dis Sci 1985; 30:496.
 67. Schmid GP: Approach to the patient with genital ulcer disease. Medical Clin North Am 1990; 74(6):1559-72.
 68. Schwarcz SK, Zenilman JM, Schnell D et al: National Surveillance of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae. JAMA 1990; 264:1413-1417.
 69. Siegal FP, Lopez C, Hammer GS et al: Severe acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative Herpes simplex lesions. N Engl J Med 1981; 303:1439.
 70. Smith PD, Lane HC, Gill VJ et al: Intestinal infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Etiology and response to therapy. Ann Intern Med 1988; 108:328-33.
 71. Sohn N & Rabilotti JG Jr. The gay bowel syndrome: a review of colonic and rectal conditions in 200 male homosexuals. Am J Gastroenterol 1977; 67:478-84.
 72. Wexner SD, Smithy WB, Trillo C, Hopkins BS, Dailey TH. Emergency colectomy for cytomegalovirus ileocolitis in patients with the acquired immune deficiency syndrome. Dis Colon Rectum 1988; 31:755-61.
 73. Wilcox CM, Schwartz DA. Idiopathic anorectal ulceration in patients with human immunodeficiency virus infection. Am J Gastroenterol 1994; 89(4):599-604.

Endereço para correspondência:

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Rua Rio de Janeiro, 2017 Ap.1401, Lourdes
30.160-042 - Belo Horizonte - MG.
Tels.: (031)337-1431, 337-5511, 222-8289, 222-7450, 984-5511