

MIELOPATIA SINALIZANDO O DIAGNÓSTICO TARDIO DA INFECÇÃO POR HTLV: UM RELATO DE CASO

MYELOPATHY SIGNALING THE LATE DIAGNOSIS OF HTLV INFECTION: A CASE REPORT

Luciene R Nascimento¹, Vanessa S Moreira¹, Mirian S Cunha², Pricilla DM Mattos³, Fernanda S Cavalcante⁴, Aluizio Antonio Santa Helena⁵, Ana Claudia CB Leite⁶, Dennis C Ferreira⁷

RESUMO

A infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) caracteriza-se como uma doença sexualmente transmissível (DST), que pode também ser adquirida pelas vias parenteral e vertical. Subdivide-se em dois tipos: o HTLV-I, relacionado com doenças como mielopatia associada a HTLV/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) e a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL). Já o HTLV-II ainda não foi correlacionado cientificamente com nenhuma patologia na atualidade. Seu diagnóstico é realizado pela triagem sorológica para a detecção de anticorpo anti-HTLV-I/II, sendo o exame confirmatório o *western blot*. Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi descrever um relato de caso em que a mielopatia foi a manifestação clínica sinalizadora da infecção pelo HTLV, em consequência do diagnóstico tardio da infecção por este patógeno, na qual a paciente apresentou os sintomas, progrediu lentamente e recebeu o diagnóstico apenas no último estágio da patologia (HAM/TSP), quando se tornou cadeirante. Embora a paciente realize na atualidade a terapêutica proposta e o acompanhamento ambulatorial segundo o protocolo estabelecido para o manejo desta infecção viral, membros de sua família também foram avaliados e diagnosticados e apenas um se apresentou positivo para a infecção. Este estudo visa demonstrar a importância do rastreio laboratorial para a infecção pelo HTLV, na mesma dimensão do diagnóstico da sífilis e do HIV, de modo que o mesmo não ocorra de forma tardia, quando associado a suas manifestações clínicas nos pacientes ou a infecções oportunistas relacionadas.

Palavras-chave: vírus linfotrófico de células T humanas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), paraparesia espástica tropical

ABSTRACT

The human T-lymphotropic virus (HTLV) is characterized as a sexually transmitted disease (STD), it can also be transmitted by parenteral and vertical routes. It is subdivided into two types: the HTLV-I related diseases such as myelopathy/tropical spastic paraparesis (HAM/TSP) and adult T-cell leukemia/lymphoma (ATL). HTLV-II has not been scientifically correlated with pathology yet. This diagnosis is made by serological screening for detection of HTLV antibody, and the western blot confirmatory test. In this context, the objective of this study was to describe a case in which myelopathy was signaling to the clinical manifestation of HTLV, as a result of delayed diagnosis of infection by this pathogen in which the patient had symptoms progressed slowly and received diagnosis only in the last stage of pathology (HAM/TSP), becoming a wheelchair user. Although nowadays the patient performs the therapeutic proposed and outpatient treatment according to the established protocol for the management of this viral infection, members of her family were also diagnosed and only one had a positive diagnosis of infection. This study aims to demonstrate the importance of laboratory screening for HTLV infection, in the same dimension of the diagnosis of syphilis and HIV, so that it does not occur so late, when it is associated to clinical manifestations in patients or related opportunistic infections.

Keywords: human T-lymphotropic virus, sexually transmitted diseases (STD), tropical spastic paraparesis

INTRODUÇÃO

O HTLV (*human T-lymphotropic virus*) é uma sigla que vem do inglês e significa vírus T-linfotrófico humano⁽¹⁾. Sua origem e transmissão são questões que permanecem abertas e questionáveis, pois se acredita que tenha ocorrido pelo contato do homem com os primatas, necessitando de mais esclarecimento^(2,3).

Este patógeno é um retrovírus ou RNAvírus, pertencente à família *Retroviridae*, que possui a enzima transcriptase reversa, por meio da qual acontece a formação do DNA a partir do RNA viral, incorporando seu código genético nas células do hospedeiro⁽²⁻⁴⁾.

Esse retrovírus possui a habilidade de infectar as células do sistema imunológico humano e apresenta tropismo pelos linfócitos T, tendo sido isolado pela primeira vez em 1980, a partir de um

paciente com linfoma cutâneo de células T. Existem dois tipos: o HTLV-1, que está associado como agente etiológico de várias patologias, e o HTLV-2, sem associação a patologias comprovadas^(1,5).

O HTLV-1 é endêmico em várias regiões, como a África, a América do Sul, as ilhas da Melanésia, o Japão e o Caribe. No Brasil, o vírus dá-se em diversos estados, mas em algumas regiões é mais evidente, como em Salvador, na Bahia, a cidade de maior prevalência. Atualmente, estima-se que 2,5 milhões de pessoas estejam infectadas, e o Brasil é um dos países de maior ocorrência. Já o HTLV-2 é predominante em populações indígenas⁽⁵⁾.

Grande parte da população que possui o HTLV-1 é assintomática, e normalmente 5% apresentam algum tipo de doença associada. As principais são: mielopatia/paraparesia espástica e leucemia/linfoma de células T do adulto. Para o HTLV-2 ainda não há evidências clínicas que sustentem sua correlação clínica⁽¹⁾.

O HTLV possui duas vias de transmissão: a vertical e a horizontal. A vertical acontece da mãe para o filho, durante a gestação e no parto e, especialmente, no período de aleitamento. A horizontal subdivide-se em via sexual e parenteral. A sexual ocorre na relação sexual sem o uso de preservativos com pessoa infectada, muitas vezes por indivíduo assintomático. A parenteral ocorre através da transfusão de sangue e hemocomponentes e do compartilhamento de seringas e agulhas com sangue contaminado entre usuários de drogas ilícitas injetáveis⁽⁶⁾.

¹ Farmacêutica – UNIABEU – RJ.

² Enfermeira – UNIABEU – RJ.

³ Docente UNIABEU – RJ.

⁴ Doutoranda em Microbiologia – IMPPG – UFRJ.

⁵ Coordenador do Curso de Farmácia – UNIABEU, Mestrando em Saúde Materno-Infantil - UFF.

⁶ Tecnologista em Saúde Pública do Laboratório de Pesquisa Clínica em Neuroinfecção – IPEC-FIOCRUZ.

⁷ Professor Visitante – IMPPG – UFRJ.

As vias vertical e sexual são predominantes na difusão em áreas onde a doença é endêmica, e a via parenteral, por transfusão de sangue e derivados de pessoas infectadas, é responsável pela disseminação em locais não endêmicos⁽⁶⁾.

Em serviços de hemoterapia, a triagem sorológica de anticorpos anti-HTLV teve início no Japão, em 1986. A partir daí, outros países considerados endêmicos adotaram a mesma medida de hemovigilância. No Brasil, foi instituída esta triagem sanguínea através da Portaria nº 1.376, do Ministério da Saúde, em 1993⁽⁶⁾.

Algumas falhas podem existir, possibilitando a transmissão pela via parenteral. São essas: infecção prematura dificultando a detecção por meio de triagem sorológica de anticorpos identificáveis, doadores falso-negativos, portadores crônicos e erros na realização dos testes de triagem^(6,7).

Inicialmente, para diagnosticar a infecção são realizados os testes de triagem, como imunoenensaio enzimático (ELISA) ou teste de aglutinação, por serem de menor custo. Visam identificar a presença de anticorpos para HTLV-1 e HTLV-2. Por serem testes de expressiva sensibilidade, podem apresentar resultados falso-positivos⁽⁵⁾.

Os primeiros testes de imunoenensaio enzimático (primeira geração) empregavam antígenos do lisado viral totais do HTLV-1. Pelo fato de haver semelhança entre os genomas do HTLV-1 e do HTLV-2, utilizou-se na triagem para HTLV-2 o lisado viral do HTLV-1. Sendo o HTLV-2 inferiormente patogênico, tornou-se necessária a diferenciação do diagnóstico. Posteriormente, foi acrescentado aos testes de primeira geração o lisado viral total de HTLV-2. Nos testes de imunoenensaio enzimático de segunda geração, foi acrescida uma proteína recombinante do envelope viral, a gp21, aumentando a sensibilidade para a detecção da infecção pelo HTLV-2⁽⁷⁾.

Com o resultado reativo, repete-se o teste de triagem e, se novamente reativo, parte-se para o teste de confirmação por imunofluorescência indireta (IFI) ou *western blot* (WB), que são testes mais específicos, porém através destes não é possível distinguir o tipo 1 do 2. Torna-se indispensável a realização da PCR (reação em cadeia da polimerase) para a tipagem viral⁽⁵⁾.

Quanto às suas manifestações clínicas, a mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) é a denominação que os profissionais de saúde atribuem às patologias da medula espinal⁽¹⁾. Paraparesia espástica tropical ou mielopatia associada ao HTLV-1 é uma doença neurológica progressiva e crônica, acarretando incapacidade dos membros inferiores, interligada a disfunções esfinterianas e sensitivas⁽⁸⁾.

O primeiro caso foi relatado em 1956, sem definição etiológica. Em um período mais tarde, ao descobrir anticorpos específicos no liquor de um paciente com quadro de mielopatia, foi realizada a associação ao HTLV-1. Por determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, as duas patologias, que antes eram ditas como diferentes, passaram a ser a mesma⁽¹⁾.

De modo geral, os primeiros sintomas são limitações dos membros inferiores, fraqueza nas pernas (paraparesia), rigidez dos músculos inferiores (espasticidade), distúrbios sensitivos, câimbras e tremores nas pernas (também conhecidos por clônus), queixas de disfunção autônoma, constipação, disfunção erétil, redução de libido, retenção e incontinência urinária^(1,8). Após a fase de progressão, o paciente apresenta marcha fátigante e dificuldade para deambular, evoluindo lentamente a ponto de o paciente se tornar cadeirante⁽⁹⁾.

O HTLV-1 é reconhecido como agente etiológico da leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL)⁽¹⁰⁾. Alguns indivíduos apresen-

tam predisposição genética específica para o crescimento desordenado de células infectadas. Existem várias formas de ATL, da branda até a mais grave. Os portadores da ATL não desenvolverão a mielopatia, ou seja, as duas doenças não acometem o mesmo indivíduo⁽¹⁾.

Problemas sociais associados à infecção pelo HTLV

Assim que os pacientes descobrem o diagnóstico, demonstram certo medo por estarem com um vírus desconhecido e que, normalmente, é associado ao HIV. Orge *et al.* (2009)⁽¹²⁾ revelaram em uma pesquisa que pacientes ouviram falar na mídia que o HTLV é um “irmão” do HIV, despertando uma certa ansiedade, sintomas depressivos e uma desacreditação da saúde, além de preconceito e desestrutura familiar na adaptação da vida a esta infecção viral, que normalmente apresenta dependência e vulnerabilidade⁽¹²⁾.

Dúvidas podem estar presentes no cotidiano da vida dos pacientes no tocante ao futuro, sobre qual será a evolução da infecção em suas vidas. Mesmo com a ausência dos sintomas, estes acabaram deixando o “estado emocional” liderar a situação, obtendo o comportamento semelhante ao dos pacientes que apresentam sintomas. Por isso, é necessário que ocorra uma orientação adequada com relação à doença, garantindo as informações sobre os avanços em pesquisas, a fim de possibilitar a estabilidade emocional na vida desses indivíduos⁽¹³⁾.

Suas condições com relação à dificuldade de acesso ao conhecimento despertam muitos sentimentos negativos. Existem pacientes que têm medo de fazer o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), para que terceiros não tomem ciência da sua condição de saúde e, porventura, notem similaridade com HIV. Principalmente quando esses indivíduos têm ciência de que isto poderia ter sido evitado⁽¹³⁾.

Este estudo justifica-se pela necessidade de informação e conhecimento a respeito da infecção por HTLV, suas vias de transmissão (pois é uma DST esquecida ou negligenciada) e diagnósticos que devem ser realizados, não somente para os profissionais de saúde, mas para a sociedade, além da introdução dos exames de triagem sorológica para HTLV nos serviços públicos como rotina. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi relatar um caso de mielopatia como patologia sinalizadora do diagnóstico tardio da infecção pelo HTLV em uma paciente próxima à terceira idade e descrever os aspectos relativos a esta infecção que ainda apresentam negligência em seu diagnóstico.

RELATO DE CASO

Uma paciente com 66 anos de idade, parda e do sexo feminino, tendo como ocupação do lar, e natural do Espírito Santo, moradora do município de Belford Roxo – RJ, procurou o serviço de clínica médica de uma unidade básica de seu município para consulta clínica de rotina, pois tinha como queixa principal “dores de cabeça constantes há cerca de 1 mês, e também não andava, ficando limitada para andar há cerca de 20 anos” (**Figura 1**).

Em sua anamnese, revelou possuir grau de instrução em nível de ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, era viúva há aproximadamente 30 anos, sem uniões estáveis posteriores (teve seu esposo falecido aos 40 anos de idade por histórico de câncer no estômago). Descreveu possuir sete filhos, tendo realizado aleitamento destes por mais de 1 ano e feito uma transfusão sanguínea há mais de 40 anos, após o parto de sua segunda filha.



Figura 1 – Paciente cadeirante, portadora da doença HAM/TSP.

Quanto à sua vida sexual, declarou que apresentou apenas dois parceiros sexuais, tendo sua iniciação sexual ocorrido aos 22 anos, sem descrever o uso de preservativos. Neste contexto, a paciente negou exposição prévia a drogas endovenosas, tabagismo e etilismo, assim como sexo com indivíduos sabidamente infectados por HTLV e HIV.

A paciente também apresentou dois abortos espontâneos, com história prévia de DST, sendo a gonorreia sua patologia, e carcinoma *in situ* cervical com remoção do colo uterino. Ainda em sua história patológica pregressa, apresentou diagnóstico de hanseníase no ano de 1987, e fez tratamento durante 3 anos. Relatou, também, episódio de pneumonia com derrame pleural há mais de 18 anos.

Durante a investigação clínica, após o atendimento inicial, realizou alguns exames, como hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, ácido úrico, hepatograma, perfil lipídico, TSH, T₃ e T₄ livre – realizados em outubro de 2005, que não apresentaram alterações. Porém, realizou eletroneuromiografia de membros inferiores, com diagnóstico sugestivo de lesão da via piramidal. Foi sugerida também por critério clínico a avaliação da junção toracolombar.

Sendo assim, a ressonância magnética da coluna lombossacra demonstrou desidratação parcial dos discos de L4-L5 e L5-S1, com redução da altura de L5-S1, encontrando-se este espaço difusamente abaulado. Verificou-se a compressão sacrodural e paramediana à esquerda em L5-S1, fazendo contato com a raiz de S1, assim como hipertrofia dos ligamentos amarelos em L4-L5, com discreta redução do canal raquidiano em L4-L5 secundária à alteração discal.

Também foi feita pesquisa de anticorpos para HTLV-1/2 realizada em dezembro de 2005. O resultado foi positivo, sendo confirmado pelo *western blot*.

Diante deste resultado, optou-se por novas investigações, como a análise do líquido cefalorraquidiano, que apresentou como laudo um perfil sugestivo de imunoliberação intratecal de anticorpos IgG pelo método nefelometria, com anti-HTLV-1/2 reagente pelo método ELISA, deste material.

Tendo como base estes resultados, a paciente foi encaminhada pelo posto de saúde próximo de sua residência para um serviço especializado ambulatorial da rede pública de saúde.

Iniciou seu tratamento em um serviço público especializado, em junho de 2006, no qual foi aberto o prontuário e foram solicitados os exames a seguir, tendo como indicação clínica mielopatia do HTLV. No parasitológico foram observadas larvas de *Strongyloides stercoralis*. O hemograma foi sem alterações, porém a VHS (velocidade de hemossedimentação) encontrava-se alterada (com 24 mm – sendo o limite até 15 mm). Na análise da urina, o resultado demonstrou traços de hemoglobina, leucócitos e nitrito positivo, células numerosas, piúria maciça e bactérias aumentadas. Na análise bioquímica foi observada alteração no colesterol total (com 231 mg/dL – limite até 220 mg/dL).

Foi realizado também, neste mesmo mês, a radiografia de tórax com laudo sugestivo de redução volumétrica do pulmão direito, com desvio ipsilateral do mediastino. E ainda importante espessamento pleural lateroinferior à direita, com obliteração do seio costofrênico correspondente, sem alterações significativas.

Do mesmo modo, repetiu, obedecendo à rotina do serviço, a sorologia para HTLV-1/2, com laudo positivo para HTLV-1 através dos métodos de ELISA e *western blot*, assim como para HIV, que foi negativa. Partiu-se ainda para a quantificação da carga pró-viral do HTLV-1/2 em células do sangue periférico, por meio de PCR em tempo real, sendo detectadas 9,25 cópias de HTLV em 100 células de sangue periférico como resultado.

A paciente permanece sob acompanhamento clínico e ambulatorial com monitoramento da infecção pelo HTLV. Em 3 de junho de 2009, sua carga viral apresentou o resultado de 3,96 expresso em 100 células de sangue periférico.

Contudo, mesmo com esta redução da carga viral, a paciente mielopata passou a apresentar dificuldade progressiva para deambular, com prognóstico não favorável, tornando-se cadeirante há 11 anos. Referindo ainda parestesia em membros inferiores tipo queimação, dor em MMII e dor lombar, assim como incontinência urinária e constipação intestinal.

Atualmente, está em acompanhamento neste serviço supracitado para o tratamento da infecção pelo HTLV, fazendo uso de vitamina B₁₂, ivermectina, vitamina C, norfloxacin, pentoxifilina, ácido fólico, ranitidina, metamucil e creme de ureia, e encontra-se clinicamente estável.

DISCUSSÃO

Entre os maiores desafios da prática clínica encontra-se o diagnóstico de doenças infecciosas, de modo particular as DST que ocorrem em alguns indivíduos, principalmente quando se leva em consideração a idade e as possíveis repercussões em suas vidas, uma vez que podem ser do tipo não curável, caracterizadas como infecção crônica⁽¹⁰⁾.

Neste contexto está a infecção pelo HTLV que, como as DST, algumas vezes é negligenciada, e também possui seu impacto na qualidade de vida de muitos indivíduos que se descobrem infectados por este patógeno diversas vezes⁽¹⁰⁾.

Quando os indivíduos recebem o diagnóstico da infecção por HTLV, logo se cria uma associação ao HIV. O medo e a ansiedade pela falta de conhecimento com relação ao vírus fazem com que estes indivíduos logo se imaginem como infectados por algum tipo de HIV. Com isso, os pacientes desenvolvem quadro clínico de depressão; sem contar a influência direta na vida familiar, pois, logo que o diagnóstico é confirmado, eles passam a ter uma vivência em família como um doente crônico, que normalmente é marcada por crises para todos os constituintes. A presença de um indivíduo com infecção crônica pode causar desequilíbrio no sistema em si, pela grande necessidade da adaptação da família às situações apresentadas pelo paciente. E isso está diretamente ligado ao seu grau de incapacidade⁽¹²⁾.

Ocorre um sofrimento ainda maior quando o paciente infectado é o responsável financeiro direto da família, pois há uma inversão nos papéis de cada representante familiar, acarretando um estado depressivo pela sensação de dependência com a qual o mesmo não estava acostumado⁽¹²⁾.

Outro fator que merece destaque na infecção pelo HTLV é a possível detecção de indivíduos recém-identificados a partir da triagem sorológica em doadores de sangue. A partir desse momento, o indivíduo é recrutado e, então, é iniciado o aconselhamento, no qual são oferecidas todas as informações inerentes ao vírus, apoio emocional, eventual tratamento e prognóstico. Apesar de o paciente ser assintomático, é necessário realizar regularmente um acompanhamento, objetivando a detecção de sinais iniciais de atividade da doença e possibilitar medicações precoces⁽¹³⁾.

É recomendada uma avaliação após 6 meses e, a seguir, a cada 2 anos da carga proviral, além do acompanhamento junto às especialidades como hematologia, realizando hemograma e pesquisa de *flower cell*; a neurologia, para a análise de instalação de HAM/TSP; e a dermatologia, para a avaliação de lesões na pele⁽¹³⁾.

Por ser um vírus que acomete de 5 a 10% dos infectados e considerado baixo o percentual de evolução, contribui de forma negativa para o conhecimento do vírus e das graves patologias associadas, dificultando a prevenção da disseminação do patógeno⁽¹³⁾.

Os indivíduos infectados pelo HTLV, em sua maioria, são assintomáticos (sem qualquer sinal de doença), e naqueles que apresentam sintomas, a infecção permanece em um período de latência antes das manifestações destes. Na mielopatia associada ao HTLV-1, em que ocorre a paraparesia espástica tropical (HAM/TSP), o quadro é lentamente progressivo, com a evolução para incapacidade de deambulação⁽⁶⁾, como ocorreu com a paciente do presente relato.

Manifestações urológicas, urinárias e sexuais constituem o estágio inicial da HAM/TSP, e os pacientes podem cursar com noctúria, incontinência urinária, disúria, evoluindo para a sensação de esforço miccional e esvaziamento vesical incompleto⁽⁶⁾. A paciente do presente estudo também apresentou tais sintomas no início da infecção.

Entre os principais sintomas na mielopatia associada ao HTLV-1 e paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) estão pele muito seca, incluindo a boca e os olhos, dormências, formigamentos, dores, sensação de queimação nas pernas ou nos pés, fraqueza nos membros inferiores (que caracteriza a paraparesia), inflexibilidade e endurecimento dos músculos das pernas (espasticidade), o que leva alguns pacientes a terem câimbras e tremores nas pernas, conhecidos como clônus, além de alterações esfinterianas e prisão de ventre⁽¹⁾.

A evolução da infecção pelo HTLV pode levar a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL), que pode ocorrer da forma branda (quase sem sintomas) até a mais grave. Por este motivo, o acompanhamento clínico e laboratorial destes pacientes deve ser realizado por meio de consultas periódicas e exames de rotina, como os descritos durante o relato, para o monitoramento da carga viral e a possível identificação de manifestações clínicas associadas à infecção⁽¹⁾. Vale lembrar que, com a carga pró-viral elevada, o paciente infectado pode passar de assintomático para portador da presença da mielopatia associada ao HTLV e outras doenças imunomediadas, como a ALT⁽⁶⁾.

Nos casos em que ocorre a evolução dos pacientes para ALT, suas manifestações mais comuns são: lesões na pele (descamação, coceira, tumorações, placas avermelhadas), linfadenopatia cervical, nas axilas, nas virilhas, aumento de volume abdominal por acúmulo de líquidos, aumento do baço e do fígado, anemia, febre persistente e pneumonias de repetição⁽¹⁾.

A respeito da terapêutica das doenças associadas à infecção por HTLV, ainda não foi elucidada uma terapia específica. O tratamento da paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1 pode ser dividido em específico e sintomático. No tratamento específico são utilizadas drogas imunossupressoras (corticoides) e/ou imunomoduladoras (interferons α e β_1), inibindo a ativação dos linfócitos T, que modulem a migração leucocitária ou que minimizem a produção de citocinas inflamatórias⁽¹⁴⁾.

Estudos foram feitos a respeito dos antirretrovirais (tenofovir, abacavir, lamivudina, zalcitabina, estavudina zidovudina) e observou-se que eram capazes de inibir *in vitro* a replicação viral⁽¹⁴⁾.

No que diz respeito ao tratamento sintomático da HAM/TSP, são utilizados medicamentos capazes de controlar a dor, a bexiga neurogênica, a constipação e a espasticidade⁽¹⁴⁾, contudo, a paciente do presente estudo não utilizou nenhuma destas drogas supracitadas.

Para o tratamento geral em pacientes HAM/TSP, é adotada por alguns centros de pesquisa uma abordagem multidisciplinar, como ocorre com a paciente do presente estudo atendida em um centro especializado, com o uso de⁽¹⁴⁾:

- fisioterapia para fortalecimento dos membros superiores e tronco, treinamento do equilíbrio, possibilidade de relaxamento muscular através de alongamentos e treinamento de marcha indicado para parestesia. A paciente deste estudo realizou durante 1 ano as atividades com fisioterapeuta, duas vezes por semana, e, por motivos de ordem pessoal teve que as interromper, não se podendo avaliar os benefícios da prática em questão.
- baclofeno, diazepam (o efeito colateral comum é a sonolência);
- toxina botulínica intramuscular, indicada para espasticidade;
- oxibutinina, imipramina (efeitos colaterais comuns são boca seca/constipação), para bexiga neurogênica;
- muciloide *psyllium* (o efeito colateral comum é cólica diarreica);
- dieta rica em fibra, indicada para constipação intestinal;
- norfloxacin (efeitos colaterais náuseas/vômitos) indicada para infecção urinária de repetição;
- amitriptilina (efeitos colaterais comuns são sonolência/constipação), imipramina (efeitos colaterais comuns são boca seca/constipação), carbamazepina, utilizados para dor neurítica;
- creme de ureia para xerose (ressecamento da pele).

Para o tratamento específico em pacientes HAM/TSP utilizam-se principalmente vitamina C + pentoxifilina (medicação bem tolerada sem efeitos adversos), metilprednisolona (efeitos colaterais

náuseas/vômitos)⁽¹⁴⁾. Os medicamentos relacionados anteriormente vêm ao encontro da terapêutica proposta para a paciente do presente estudo, que inclui a utilização de vitaminas C e B₁₂, pentoxifilina, creme de ureia, muciloide *psyllium*, permitindo sua evolução para o atual quadro clinicamente estável.

Pelo diagnóstico tardio e o fato de a paciente já se encontrar no último estágio da doença HAM/TSP, esta não apresentou resistência ao tratamento, seguindo as recomendações médicas e fazendo uso correto dos medicamentos, sabendo da importância para o controle da carga viral. Mostrou-se, ainda, disponível em todas as consultas e exames realizados, tendo conhecimento de que não voltará a andar; porém, mesmo diante disso, não possui quadro depressivo⁽¹³⁾.

Vale destacar que todos os filhos sabem da infecção da mãe, porém nem todos procuraram aprofundar-se ou tiveram interesse em realizar a testagem para o vírus, embora tenham sido recrutados pelo serviço. Somente dois destes realizaram os testes, sendo o filho mais velho (o que antecede a hemotransfusão), com resultado negativo e a filha mais nova obtendo sorologia positiva para o HTLV-1/2 assintomática. Tal fato justifica a suspeita de que a infecção tenha ocorrido através da transfusão sanguínea realizada no parto de sua segunda filha, que se encontra sob acompanhamento clínico no mesmo serviço⁽⁶⁾.

Sendo assim, por estudos apontarem o Brasil como o país de maior ocorrência de indivíduos infectados pelo HTLV entre todos os países endêmicos⁽¹⁵⁾, e se tratar de uma infecção que não tem cura e que é incapacitante (levando o paciente a ser cadeirante através da HAM/TSP), faz-se necessária a mobilização por parte do Ministério da Saúde para que a sociedade tenha maior conhecimento a respeito da infecção, suas vias de transmissão (pois é uma DST) e diagnósticos, que devem ser realizados através de campanhas de esclarecimento⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que, a partir da obrigatoriedade da triagem sorológica para HTLV em doadores de sangue, houve um aumento na detecção dos portadores do vírus, possibilitando o aconselhamento e a orientação a estes pacientes e reduzindo a transmissão por esta via. Cabe destacar que outras estratégias devem ser utilizadas, levando à detecção de outra via importante de transmissão, que é a vertical, introduzindo-se exames de triagem para HTLV no pré-natal, como no Japão, com aconselhamento das mulheres soropositivas para evitar a amamentação. Contudo, nos pacientes infectados pelo HTLV assintomáticos, enfatiza-se a importância da disseminação das informações específicas da infecção, aliadas a estratégias de sensibilização em saúde, com a finalidade de que não ocorra a transmissão por via sexual.

Reforçam-se, também, a necessidade de haver profissionais da área da saúde preparados para diminuir as dúvidas relacionadas com o vírus, bem como a implantação de exames nos postos de saúde para que o cidadão tenha o direito de saber se é infectado pelo vírus e conter a carga viral. Tudo isso deve ser feito para que o indivíduo não chegue ao último estágio da patologia associada ao HTLV, como foi relatado no caso da paciente que atualmente é cadeirante, fato que poderia ser evitado se tivesse sido diagnosticada antes.

Deste modo, este estudo visa demonstrar a importância do rastreamento laboratorial para a infecção pelo HTLV, na mesma dimensão do diagnóstico da sífilis e do HIV, de modo que o mesmo não ocor-

ra de forma tardia, quando associado às suas manifestações clínicas nos pacientes ou infecções oportunistas relacionadas, pois não se trata de um caso raro na prática clínica da assistência de pacientes infectados por este vírus.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HEMORIO. Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti. Manual do Paciente – Infecção pelo HTLV: Orientações Básicas aos Pacientes e Familiares. Rio de Janeiro. 2005;1-6.
2. Santos FLN, Lima FWM. Epidemiologia, fisiopatogenia e diagnóstico laboratorial da infecção pelo HTLV-I. J Bras Patol Med Lab. 2005;41(2):105-16.
3. Oliveira SR, Avelino M M. Importância da infecção pelo vírus linfotrópico-T humano tipo 1 (HTLV-1), síndromes clínicas associadas e transmissão vertical. Revista de Patologia Tropical. 2007;36(1):17-34.
4. Santos NOS, Wigg MD, Oliveira DP. In: Santos NOS, Romanos MTV, Wigg MD. Introdução à virologia humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 290-330.
5. Gonçalves CCA, Ribeiro LCP, Sá CAM, Puccioni-Sohler M. Diagnóstico laboratorial da mielopatia associada ao HTLV-I: métodos para análise do líquido cefalorraquidiano. J Bras Patol Med Lab. 2009;45(2):99-110.
6. Romanelli LCF, Caramelli P, Proietti ABFC. O vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1): quando suspeitar da infecção? Rev Assoc Med Bras. 2010;56(3):340-7.
7. Lopes MSSN, Proietti ABFC. HTLV-1/2 transfusional e hemovigilância: a contribuição dos estudos de *look-back*. Rev Bras Hemat Hemot. 2008;30(3):229-40.
8. Jacob F, Santos-Fortuna E, Caterino-de-Araújo A. Algoritmo de testes sorológicos de triagem para infecção por HTLV-1/2 usado no Instituto Adolfo Lutz. Bol Epidem Paulista. 2008;5(49).
9. Neto SP, Puccioni-Sohler M. Mielopatia associada ao HTLV-1: aspectos relacionados à infância. Rev Bras de Neur. 2009;45(2):41-6.
10. Gascon MRP, Capitão CG, Nogueira-Martins MCF, Casseb J, Oliveira ACP. Impotência e Desamparo: Reflexões acerca de pais com HAM/TSP no contexto do HTLV. Rev Panam Infectol. 2011;13(3):36-41.
11. Brand H, Alves JGB, Pedrosa F, Lucena-Silva N. Leucemia de células T do adulto. Rev Bras Hemat Hemot. 2009;31(5).
12. Orge G, Travasos MJ, Bonfim T. Convivendo com o HTLV-I. Gazeta Médica da Bahia. 2009;79(1):68-72.
13. Catalan-Soares BC, Loureiro FCM, Proietti ABFC. Aconselhamento do paciente e prevenção da infecção por HTLV. Proietti ABFC, ed. In: Cadernos Hemominas HTLV. 4ª ed. Belo Horizonte: Fundação Hemominas; 2006. v. XIII, p. 236-242.
14. Araújo A, Lima MA, Silva MTT. Avanços e Perspectivas na Terapêutica das Doenças Associadas à Infecção por HTLV. Proietti ABFC, ed. In: Cadernos Hemominas HTLV. 4ª ed. Belo Horizonte: Fundação Hemominas; 2006. v. XIII, p. 228-235.
15. Catalan-Soares BC; Proietti ABFC. HTLV-1 E 2: Aspectos epidemiológicos. Proietti ABFC, ed. In: Cadernos Hemominas HTLV. 4ª ed. Belo Horizonte: Fundação Hemominas; 2006. v. XIII, p. 69-85.

Endereço para correspondência:

DENNIS DE CARVALHO FERREIRA

Instituto de Microbiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Carlos Chagas Filho, 373 - CCS, Bloco I, Sala I2-010, Cidade
Universitária, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP: 21941-902
Tel.: (00 55 21) 2560-8344; Fax: (00 55 21) 2560-8028
E-mail: denniscf@gmail.com

Recebido em: 17.12.2012

Aprovado em: 20.12.2012