

Infecção pelo HIV/SIDA: características endoscópicas das lesões esofágicas mais comuns e propedêutica

HIV/AIDS infection: endoscopic characteristics of the most common esophageal lesions and propaedeutics

Carla Almeida Rodolfo Duarte¹, Esteban Sadovsky¹, José Joaquim de Almeida Figueiredo¹, Izabelle Venturini Signorelli¹, Luciana Lofêgo Gonçalves¹, Maria da Penha Zago-Gomes¹

RESUMO

Introdução: O trato gastrointestinal é um dos principais locais de doença na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Neste artigo abordaremos a doença esofágica associada ao HIV, com ênfase nos seus achados endoscópicos e histopatológicos. **Objetivos:** O objetivo dessa revisão é descrever as características dos principais achados endoscópicos do esôfago associados a HIV/SIDA, com ênfase no diagnóstico e conduta diante dos achados macroscópicos. **Métodos:** Revisão da literatura médica de artigos selecionados no PubMed. **Resultados:** As lesões esofágicas mais comuns associadas a HIV/SIDA são as esofagites por cândida, infecções por Citomegalovírus (CMV), o vírus do herpes simples (HSV) e ulceração idiopática. O quadro clínico mais comum é o desenvolvimento de sintomas de forma aguda, como disfagia e odinofagia, levando a redução da ingestão alimentar, agravando o quadro clínico de pacientes imunossuprimidos pela piora do estado nutricional. O melhor exame diagnóstico é a endoscopia digestiva alta, que permite a avaliação da mucosa esofágica, com realização de biópsias para histopatológico. **Conclusão:** A suspeição clínica das lesões esofágicas, durante a realização de endoscopia digestiva alta em pacientes sem diagnóstico de infecção por HIV e a observação atenta das lesões esofágicas, com correta aquisição de material para estudo em pacientes sabidamente infectados ou não, podem modificar o tratamento e o prognóstico do paciente com HIV/SIDA.

Palavras-chave: Esôfago; Infecção por HIV; SIDA; Achados endoscópicos.

ABSTRACT

Introduction: The gastrointestinal tract is one of the main sites of disease in human immunodeficiency virus (HIV) infection and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). In this article we will address esophageal disease associated with HIV, with emphasis on its endoscopic and histopathological findings. **Objectives:** The objective of this review is to describe the characteristics of the main endoscopic findings of the esophagus associated with HIV/AIDS, with emphasis on diagnosis and management in the face of macroscopic findings. **Methods:** Review of the medical literature of articles selected from PubMed. **Results:** The most common esophageal lesions associated with HIV/AIDS are candida esophagitis, Cytomegalovirus (CMV) infections, herpes simplex virus (HSV) and idiopathic ulceration. The most common clinical condition is the development of acute symptoms, such as dysphagia and odynophagia, leading to a reduction in food intake, worsening the clinical condition of immunosuppressed patients due to the worsening of nutritional status. The best diagnostic test is upper digestive endoscopy, which allows the evaluation of the esophageal mucosa and collection of biopsies for histopathology. **Conclusion:** Clinical suspicion of esophageal lesions, during upper digestive endoscopy in patients without a diagnosis of HIV infection and careful observation of esophageal lesions, with correct acquisition of material for study in patients known to be infected or not, can modify treatment and the patient with HIV/AIDS's prognosis.

Keywords: Esophagus; HIV infection; AIDS; Endoscopic findings.

¹ Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência

calmeidarodolfo@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 Carla Almeida Rodolfo Duarte, Esteban Sadovsky, José Joaquim de Almeida Figueiredo, Izabelle Venturini Signorelli, Luciana Lofêgo Gonçalves, Maria da Penha Zago-Gomes.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

11/2/2024

Aprovado:

27/3/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

O trato gastrointestinal é um dos principais locais de doença na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), quase metade de todos os pacientes infectados pelo HIV apresentam sintomas gastrointestinais e quase todos os pacientes desenvolvem complicações gastrointestinais¹. Sintomas gastrointestinais como anorexia, perda de peso, disfagia, odinofagia, dor abdominal e diarreia, estão entre as queixas mais frequentes e geralmente inespecíficos nessa população^{1 2}.

A endoscopia digestiva é a propedêutica diagnóstica de escolha para a maioria das doenças gastrointestinais associadas ao HIV, considerando que a avaliação endoscópica e histopatológica pode fornecer diagnósticos em pacientes com sintomas inespecíficos¹.

Uma variedade de doenças gastrointestinais inflamatórias, infecciosas e neoplásicas podem estar associadas ao HIV, muitas vezes com predileção específica por determinados locais. A doença esofágica associada ao HIV inclui candidíase, infecção por citomegalovírus (CMV), vírus herpes simplex (HSV), ulceração idiopática, Sarcoma de Kaposi, além de outras doenças oportunistas mais raras. A doença gástrica, embora menos comum que a doença esofágica, freqüentemente envolve CMV, *Mycobacterium avium-intracelulare* (MAI) e neoplasia (SK, linfoma). Achados histopatológicos do intestino delgado e aspirados intestinais de pacientes infectados pelo HIV geralmente mostram enteropatia por HIV, MAI, protozoários (*Giardia*, *Isospora*, *Cryptosporidia*, amebas, *Microsporidia*) e helmintos (*Strongyloides stercoralis*). Já os achados colorretais demonstram processos virais (CMV, HSV), bacterianos (*Clostridiose*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*), fúngicos (criptococose, histoplasmose) e neoplásicos (SK, linfoma)¹.

A introdução da terapia antirretroviral mudou o espectro infeccioso do trato digestivo pelo HIV ao longo dos anos, bem como a incidência de infecções. Desta mesma forma, as complicações gastrointestinais também continuam a mudar².

O objetivo dessa revisão é descrever as características dos principais achados endoscópicos do esôfago

associado a HIV/SIDA, com ênfase no diagnóstico e conduta diante os achados macroscópicos, para que médicos clínicos, gastroenterologistas e endoscopistas valorizem os achados em exame de um paciente com HIV/SIDA e que suspeitem desta infecção diante do encontro destas alterações esofágicas.

MÉTODOS

Realizada revisão da literatura médica no PubMed utilizando o termo “AIDS and esophageal and review”, sendo apresentada 282 resultados. Procedeu-se a leitura dos resumos e posteriormente 05 trabalhos foram selecionados pelos autores, utilizando o critério de artigos mais recentes dentro dos que abordavam esse tema, incluindo artigos dos últimos 15 anos e que davam ênfase aos aspectos endoscópicos do comprometimento do esôfago pelo HIV/SIDA, quadro clínico e correlação histopatológica. Estes 5 artigos serviram de base para a primeira construção do texto, acrescido de livro texto e artigo da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). Com o avanço da construção do trabalho, alguns aspectos necessitaram de mais aprimoramento, sendo procedido pesquisa no PubMed e na literatura brasileira, selecionando trabalhos que completassem as informações consideradas pertinentes pelos autores e considerando que a doença foi de grande importância em décadas anteriores, foi incluso alguns trabalhos mais antigos dos anos de 1997, 2002 e 2005. As imagens foram selecionadas de artigos revisados e utilizados na construção do trabalho.

DISCUSSÃO

As lesões esofágicas mais comuns associadas a HIV/SIDA são as esofagites por cândida, infecções por CMV e HSV e ulceração idiopática¹. O quadro clínico mais comum é o desenvolvimento de sintomas de forma aguda, como disfagia e odinofagia, levando a redução da ingestão alimentar, agravando o quadro clínico de pacientes imunossuprimidos pela piora do estado nutricional. Outros sintomas incluem dor retroesternal, febre, recusa alimentar, emagrecimento e tosse, além de complicações mais graves como hemorragia digestiva, estenoses, fistulas e perfurações³.

O diagnóstico de doenças esofágicas associadas a HIV/SIDA é realizado por anamnese clínica, exame físico, compreendendo a avaliação da cavidade oral e orofaringe, achados endoscópicos digestivos e histopatológicos. O melhor exame diagnóstico é a endoscopia digestiva alta, que permite a avaliação da mucosa esofágica, coleta de biópsias para histopatológico e realização de reação em cadeia da polimerase (PCR) e escovado citológico. Esse último procedimento aumenta a acurácia diagnóstica, porém nem sempre é possível ser realizado^{3,4}.

Embora a esofagite infecciosa seja muito comum, especialmente *Candida albicans*, outras formas de esofagite também são prevalentes. A tendência e a frequência diferem com base na causa, suscetibilidade e área geográfica. Outras causas incluem citomegalovírus, vírus herpes simplex, esofagite eosinofílica, esofagite induzida por pílula e doença do refluxo gastroesofágico⁴.

Esofagite por cândida

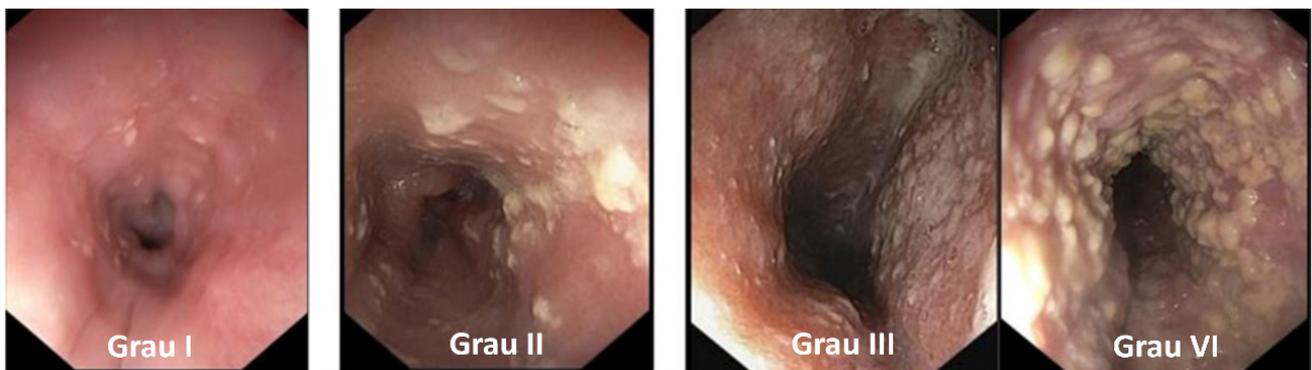
A causa mais comum de esofagite infecciosa é a infecção por cândida. No trato gastrointestinal, o esôfago é o segundo órgão mais suscetível a candidíase,

perdendo apenas para a orofaringe⁴. Aproximadamente 10 a 15% dos pacientes infectados pelo HIV desenvolverão esofagite por cândida durante a vida, enquanto outros 85 a 90% dos pacientes infectados pelo HIV desenvolverão candidíase orofaríngea. Normalmente, a cândida é um simbionte do esôfago, quando mecanismos de defesa do hospedeiro são prejudicados, ocorre proliferação na mucosa esofágica e forma placas adesivas^{4,5}.

Endoscopicamente, o diagnóstico de candidíase é feito pela presença de placas esbranquiçadas ou amarelas aderidas a mucosa, com enantema circundante, associadas ou não a ulcerações^{1,3,4}, como pode ser observado na Figura 1. As placas não são removidas facilmente com a lavagem e podem apresentar mucosa subjacente ulcerada ou friável³.

O aspecto endoscópico da esofagite por cândida foi descrito por Kodsi Be et al.¹², em 1976. A classificação proposta por Kodsi divide a candidíase esofágica em quatro graus, usando os seguintes achados da avaliação endoscópica: número e tamanho de placas esbranquiçadas, presença de edema, hiperemia, ulcerações e estreitamento da luz do órgão^{3,4} (Quadro 1; Figura 1).

FIGURA 1. Esofagite por Cândida



Fonte: Adaptado de Fitting⁶.

QUADRO 1. Graus de esofagite por Candida (Kodsi)

Classificação	Achados Endoscópicos
Grau I	Pequeno número de placas (menores de 2mm) esbranquiçadas e elevadas com hiperemia, sem evidência de ulceração ou edema
Grau II	Múltiplas placas acima de 2mm com edema e hiperemia, sem úlceras.
Grau III	Placas confluentes elevadas lineares ou nodulares com hiperemia e ulceração.
Grau IV	Grau III mais friabilidade da mucosa que pode estar associada com estreitamento da luz do órgão.

Fonte: Adaptado de Kodsi et al.¹².

O padrão ouro para o diagnóstico de candidíase esofágica é a confirmação histológica da infecção através das biópsias, que evidencia esporos, hifas ou pseudo-hifas compatíveis com infecção por cândida de diferentes espécies^{1,4}. Cerca de 50% dos casos de candidíase esofágica podem ocorrer coinfeção com vírus, como CMV e HSV, principalmente nos casos de doença avançada e contagem de CD4 < 200 células/ μL ³.

Candidíase esofágica geralmente responde bem à terapia antifúngica sistêmica, porém não responde à terapia tópica, como a candidíase orofaríngea, sendo a droga mais frequente prescrita o fluconazol oral 200 a 400 mg por dia, durante 14 a 21 dias. Para pacientes que podem não tolerar a medicação oral, a alternativa é 400 mg de fluconazol por via intravenosa diariamente. Para pacientes com candidíase esofágica refratária ao fluconazol, itraconazol 200 mg por dia por via oral ou voriconazol 200 mg duas vezes ao dia durante 14 a 21 dias são outras opções de tratamento^{4,5}.

Esofagite por Vírus do Herpes Simples (HSV)

Esofagite por herpes ocorre por reativação do HSV, com disseminação para o esôfago pelo nervo vago, ou extensão direta de infecção da cavidade oral para o esôfago. Assim como a infecção herpética orolabial, também está mais relacionada com o HSV tipo 1, embora também possa ocorrer pelo HSV-tipo 2⁴. Os sintomas incluem disfagia, odinofagia, febre e dor retroesternal em cerca de 50% dos casos. Pode coexistir herpes labial ou úlceras em orofaringe. Geralmente possui curso autolimitado, porém podem complicar com perfurações, sangramento digestivo, impactação alimentar, fístula traqueoesofágica, necrose e infecções sistêmicas⁴.

As características endoscópicas das lesões iniciais da infecção por HSV incluem pequenas vesículas arredondadas, circundadas por enantema; posteriormente o descolamento das vesículas resulta em úlceras rasas, bem delimitadas, dispersas e circundadas por mucosa íntegra. Com a evolução da infecção as úlceras podem se tornar mais profundas, exsudativas e coalescerem, sendo bem circunscritas e de aparência vulcânica, conforme pode ser observado na Figura 2^{1,3}.

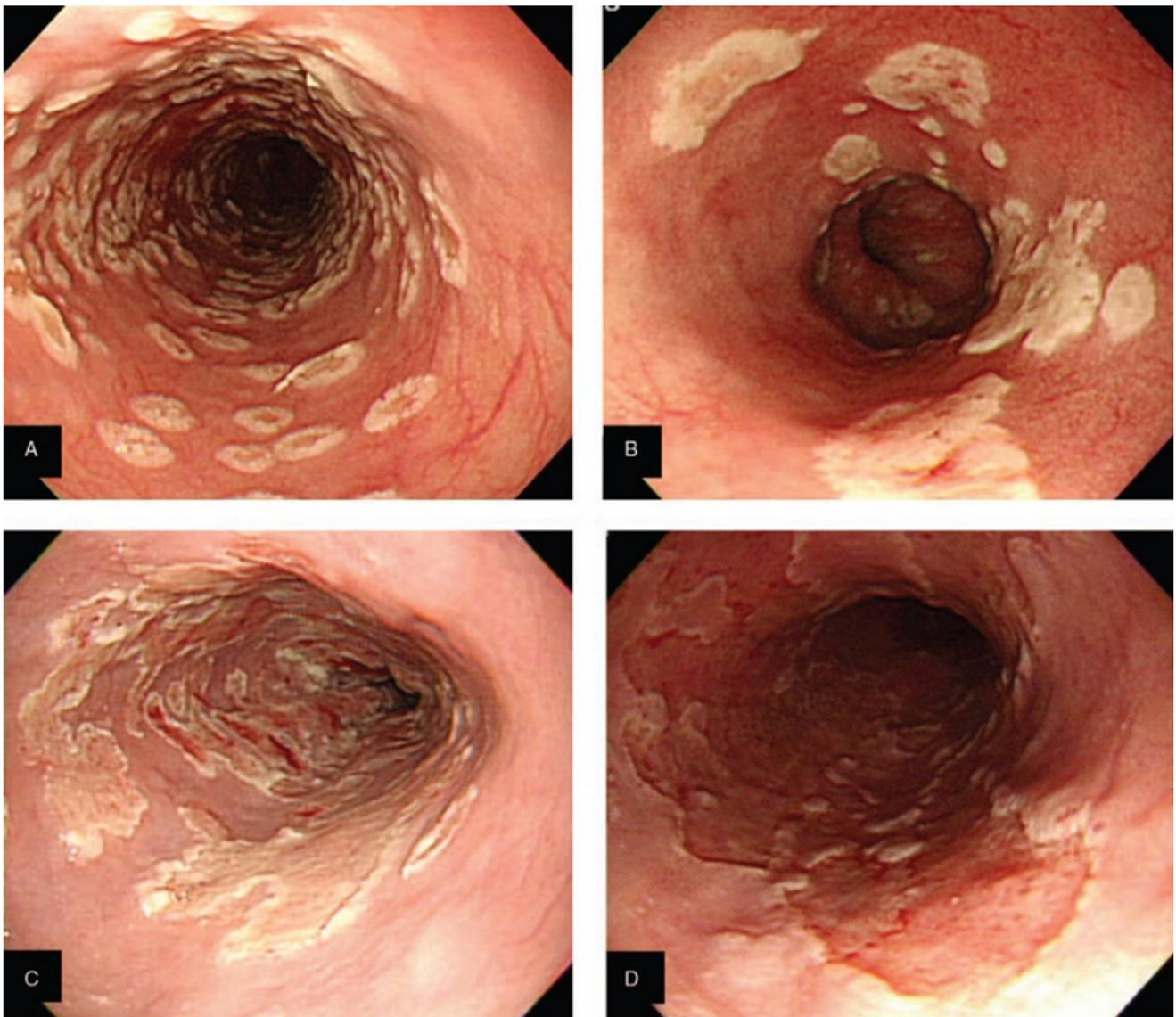
O diagnóstico de esofagite por HSV depende dos achados endoscópicos, avaliação histopatológica e cultura viral ou reação em cadeia da polimerase (PCR) do ácido desoxirribonucléico (DNA) de amostras de tecido⁵. A citologia por escovação é muito útil para o diagnóstico, pode ajudar no diagnóstico de candidíase esofágica e apresenta melhor preservação celular, mostrando os aspectos citológicos típicos que são núcleos em vidro fosco e células gigantes multinucleares. A técnica de escovação permite amostragem de áreas maiores do que as biópsias, podendo realizar diagnóstico definitivo em 20–100% dos casos⁸.

Estudos histológicos devem ser realizados em amostras de biópsias fixadas em formaldeído e embebidas em parafina, coradas com hematoxilina-eosina e Giemsa. A prata metenamina de Grocott e o ácido periódico de Schiff são necessários para descartar o diagnóstico de esofagite fúngica. As alterações patológicas típicas da esofagite por HSV são encontradas principalmente na borda das úlceras, onde devem ser realizadas as biópsias^{1,8,9,10}.

Os aspectos histopatológicos característicos encontrados pela microscopia óptica incluem balonização das células epiteliais escamosas, núcleos em vidro fosco com cromatina marginal e inclusões nucleares eosinofílicas (inclusões de Cowdry tipo A), bem como células gigantes multinucleares. Células gigantes e pequenos complexos de células escamosas são vistos principalmente na borda epitelial da úlcera. As inclusões Cowdry tipo A são encontradas quando as amostras são fixadas em ácido acético de Zencker ou solução de Bouin, e quando essas técnicas não são utilizadas, o achado destas inclusões é raro. Na microscopia eletrônica são evidenciadas estruturas virais paracristalinas. A histologia permite diagnóstico definitivo em 40–67% dos casos^{5,8,9}. A Figura 3 demonstra um exemplo de histologia.

Imunohistoquímica, imunofluorescência, hibridização *in situ* (ISH), ou a reação em cadeia da polimerase *in situ* pode ser justificada quando a natureza herpética da esofagite ulcerada não foi demonstrada por técnicas padrão. ISH e imunohistoquímica são usados para detectar rapidamente ácidos nucleicos virais em tecidos fixados em formalina e embebidos em parafina. Estes dois méto-

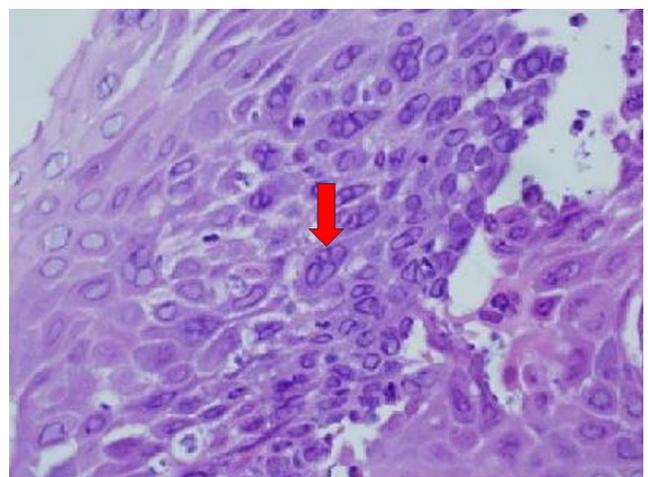
FIGURA 2. Esofagite por Herpes simples



(A) Lesões brancas ou amareladas com vesículas e distribuição difusa. (B) Úlceras superficiais com pseudomembranas. (C) Múltiplas pequenas úlceras superficiais formadas pela coalescência de vesículas precursoras. (D) Úlceras rasas bem demarcadas e distribuição circunferencial. Fonte: Adaptado de Jung et al.⁷.

dos parecem igualmente eficazes para o diagnóstico de esofagite por HSV, e os seus resultados estão mais bem correlacionados com a presença de inclusões virais do que com os resultados da cultura. A imunohistoquímica, que também é mais barata que a ISH, pode ser preferível para o trabalho de rotina na prática clínica^{8,9}. O método diagnóstico mais sensível e específico para confirmar a infecção pelo HSV continua sendo o isolamento do vírus a partir de culturas de tecidos, permitindo diagnóstico definitivo em 70-100% dos casos. Os vírus são identificados por alterações citopáticas típicas, na maioria das amostras dentro de 48 a 96 horas após a inoculação. O HSV pode ser identificado rapidamente

FIGURA 3. Alteração histopatológica na esofagite por herpes simples



Fonte: Bhaijee, 2011¹.

pela coloração imunohistoquímica de uma suspensão de cultura centrifugada após 24-36 horas. O isolamento do vírus também permite subtipagem, mapeamento de sequências genéticas e testes de sensibilidade antiviral⁸.

A avaliação diagnóstica de um paciente imunodeprimido com sintomas esofágicos deve envolver tanto a histologia quanto as culturas virais do esôfago, cuja combinação confere melhor valor diagnóstico. Como todos os métodos diagnósticos descritos acima podem ser falsamente negativos, a suspeita de esofagite por HSV pode ser finalmente confirmada pela eficácia do teste terapêutico com aciclovir^{8,9}.

O tratamento depende da condição de imunidade do paciente. Imunocompetentes ou imunossuprimidos podem ter resolução espontânea em 2 a 3 semanas, no entanto o tratamento antiviral é sempre indicado para prevenir a difusão da infecção e/ou para limitar o risco de desidratação, desnutrição e sequelas locais. O aciclovir continua sendo o tratamento de escolha para esofagite por HSV, embora existam poucos estudos controlados disponíveis. A administração oral realizada com aciclovir oral 200 mg, 5 vezes ao dia ou 400 mg, 3 vezes ao dia, tem eficiência semelhante à administração intravenosa, porém pode ser difícil administração devido à disfagia, odinofagia e vômitos. A administração intravenosa é realizada na dosagem de 15 mg/kg/dia ou 250 mg/m²/dia. Em pacientes imunodeprimidos, a falha do tratamento pode ser explicada por coinfeções esofágicas ou outras doenças esofágicas. O foscarnet está indicado em pacientes que não responderam ao aciclovir devido resistência a droga pelo vírus^{3,8}.

Esofagite por Citomegalovírus (CMV)

O CMV pertence à família herpes vírus e permanece latente no corpo do ser humano. A doença sintomática por CMV raramente ocorre em um hospedeiro imunocompetente, enquanto pacientes imunossuprimidos são suscetíveis a desenvolver infecções por CMV¹⁰. É o agente oportunista mais comum em pacientes infectados pelo HIV e, embora possa afetar todo o trato gastrointestinal, frequentemente envolve o esôfago e o cólon¹. Esofagite é a segunda

infecção mais comum no trato gastrointestinal pelo CMV, após a colite³.

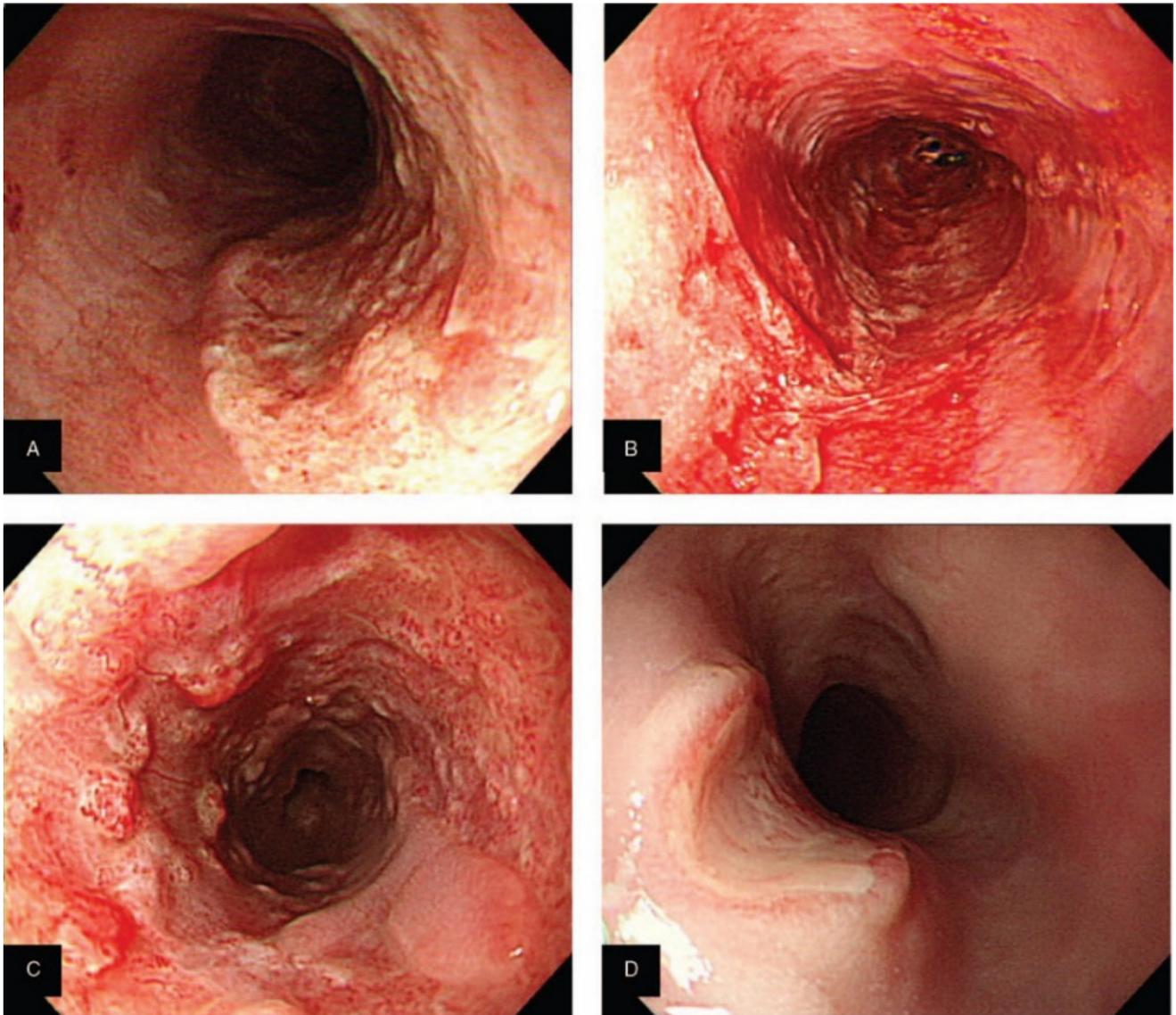
Os achados endoscópicos geralmente se apresentam com ulceração esofágica distal, que pode variar de pequena, discreta e superficial a extremamente grande e profunda, de modo que apenas o tecido de granulação infectado é evidente. As úlceras tendem a ser lineares ou profundas (Figura 4). Porém eventualmente o CMV pode se apresentar como uma lesão de massa ou pseudotumor inflamatório, causando obstrução luminal⁵.

As células infectadas por CMV são grandes (10–15 µm), com inclusões nucleares fortemente eosinófilas, circundadas por um halo claro e pequenas inclusões basofílicas citoplasmáticas, dando configuração de “olho de coruja” (Figura 5). Células infectadas e mortas podem aparecer mumificadas e aumentadas, mas sem inclusões nucleares¹.

As biópsias da base de úlcera são mais propensas a demonstrar inclusões características de CMV, que geralmente são vistas em células estromais e endoteliais, em comparação com a infecção por HSV, que se manifesta em células escamosas. Vasculite necrotizante e hiperplasia regenerativa da mucosa também podem estar presentes. Imunohistoquímica, imunofluorescência, ISH e PCR são procedimentos complementares ao diagnóstico microscópico e oferecem maior sensibilidade quando a infecção é latente¹.

Os agentes antivirais disponíveis para esofagite por CMV incluem ganciclovir intravenoso, foscarnet e cidofovir. Devido à sua eficácia, tolerabilidade e custo, o ganciclovir é geralmente a terapia de primeira linha. A sua eficácia na terapia de indução para qualquer uma das formas de doença por CMV é desconhecida, mas duvidosa, dada a sua baixa biodisponibilidade e níveis sanguíneos sub-ótimos em comparação com o ganciclovir intravenoso. O cidofovir é eficaz para retinite por CMV e relatos de casos documentam sua eficácia para doenças esofágicas. Uma política comumente usada é administrar ganciclovir intravenoso, pois a maioria dos pacientes responde clinicamente na primeira semana de terapia. O exame oftalmológico é obrigatório no momento do diagnóstico de infecção por CMV para excluir doença retiniana. Um novo exame endoscópico com biópsia de qualquer anormalidade da mucosa é indicado nos pacientes que continuam a apresentar

FIGURA 4. Características endoscópicas da esofagite por citomegalovírus

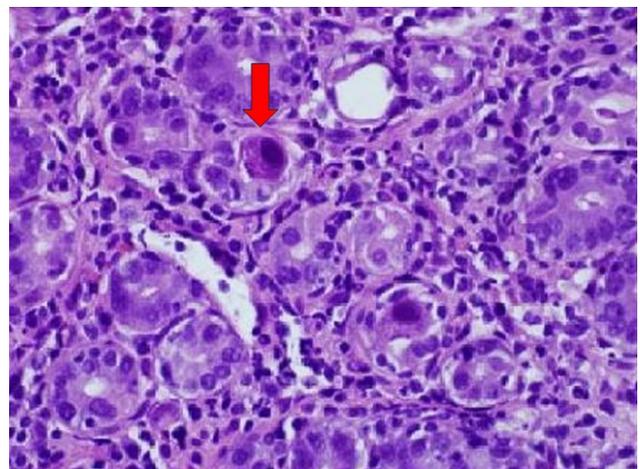


(A) Úlcera longitudinal com base irregular. (B) Úlcera circunferencial mal definida e com friabilidade. (C) Úlcera geográfica em cicatrização. (D) Úlcera profunda e perfurada com margem em ombros. Fonte: Adaptado de Jung et al.⁷.

sintomas persistentes após a terapia. Para pacientes com contraindicações importantes ou que não respondem ao ganciclovir, o foscarnet geralmente é eficaz. A terapia combinada com ganciclovir e foscarnet pode ser tão eficaz quanto a terapia de indução e a terapia de manutenção com um único medicamento, e também é eficaz para falhas de ganciclovir^{5,11}.

O diagnóstico diferencial entre esofagite por vírus HSV e esofagite por CMV é desafiador porque existem muitas semelhanças e sobreposições entre suas características endoscópicas⁵. Os achados histológicos e a confirmação por PCR demoram alguns dias, retardando o diagnóstico e o início do tratamento antiviral adequado. Além do mais ¼

FIGURA 5. Características histológicas do CMV



Fonte: Bhaijee et al.¹.

dos pacientes possuem sobreposição entre as duas infecções^{3,5}. Diagnóstico presuntivo baseado nos achados endoscópicos geralmente orienta a terapia antiviral empírica. Vários achados endoscópicos, como a morfologia e distribuição das lesões, são úteis no diagnóstico diferencial de esofagite por HSV e CMV. A esofagite por HSV geralmente envolve o esôfago médio a inferior e se apresenta com múltiplas úlceras rasas com vesículas. As úlceras são discretas e a mucosa interveniente tem aparência de normal. Em contraste, as úlceras na esofagite por CMV tendem a ser profundas, com aparência longitudinal. No entanto, muitas das características endoscópicas são semelhantes e se sobrepõem, dificultando o diagnóstico diferencial^{1,3,5}.

Ulceração esofágica idiopática

A ulceração esofágica idiopática associada ao HIV refere-se a úlceras grandes, irregulares, do esôfago médio e do esôfago distal sem agente etiológico identificável. Essas úlceras são tipicamente associadas a odinofagia grave e perda de peso, mas frequentemente respondem à terapia com corticosteroides e/ou talidomida. Endoscopicamente, as úlceras idiopáticas se assemelham às úlceras induzidas por CMV, mas são mais frequentemente solitárias e profundas. A biópsia revela um infiltrado inflamatório misto inespecífico, com eosinófilos proeminentes e tecido de granulação¹.

Outros achados endoscópicos no esôfago de paciente com HIV/SIDA

Outras doenças esofágicas em pacientes infectados pelo HIV incluem doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) com esofagite ou estenose péptica, esofagite medicamentosa, carcinoma, tuberculose, histoplasmose, criptosporidiose, Sarcoma de Kaposi e infecção por *Pneumocystis*^{1,5}.

CONCLUSÃO

Apesar do uso generalizado de terapia antirretroviral (TARV) na infecção pelo HIV, o trato gastrointestinal ainda é frequentemente afetado por processos de doença associados ao HIV. Os pacientes

infectados pelo HIV geralmente apresentam sintomas gastrointestinais inespecíficos e a investigação diagnóstica requer a consideração de fatores de risco individuais e doenças gastrointestinais comuns associadas ao HIV. Uma abordagem baseada em sintomas para o diagnóstico direcionará a avaliação clínica, sendo primordial a realização de endoscopia digestiva alta com aquisição de material para análise patológica ou identificação de material genético, seja por biópsia ou escovado da mucosa esofágica.

O HIV/SIDA é uma doença infecciosa ainda muito prevalente e as infecções oportunistas ocorrem também no trato digestivo, sendo que os principais comprometimentos esofagianos são as infecções por cândida, CMV, HSV e ulceração idiopática. O principal sintoma é a disfagia e odinofagia, que pode ser aguda. A endoscopia digestiva alta permite observação macroscópicas das lesões, que apresentam aspectos característicos, e realização de biópsias para histopatológico, que confirmam o diagnóstico. A suspeição clínica das lesões esofágicas durante a realização de endoscopia digestiva alta em pacientes sem diagnóstico de infecção por HIV e a observação atenta das lesões esofágicas, com correta aquisição de material para estudo em pacientes sabidamente infectados ou não, podem modificar o tratamento e o prognóstico do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Bhajjee F, Subramony C, Tang SJ, Pepper DJ. Human Immunodeficiency Virus-Associated Gastrointestinal Disease: Common Endoscopic Biopsy Diagnoses. *Pathol Res Int*. 2011 Apr 26;2011:1-8. doi: 10.4061/2011/247923.
2. Chong VH, Lim CC. Human immunodeficiency virus and endoscopy: Experience of a general hospital in Singapore. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005 Mar 15;20(5):722-6.
3. Peruzzi PE. Esofagites Infecciosa. In: Averbach M, editor. *Atlas de Endoscopia Digestiva da SOBED*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2020. p. 81-88.
4. Mohamed AA, Lu X, Mounmin FA. Diagnosis and Treatment of Esophageal Candidiasis: Current Updates. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Oct 20;2019:1-6. doi: 10.1155/2019/3587186.
5. Wilcox CM. Consequências Gastrointestinais da infecção por Vírus da Imunodeficiência Adquirida. In: Feldman M, et al., editors. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p. 533-544.

6. Fitting D. Kodsi classification of Candida esophagitis. Endoscopy Campus [Internet]. Available from: <https://www.endoscopy-campus.com/en/classifications/kodsi-classification-of-candida-esophagitis/> [accessed 2023 Sep 30].
7. Jung KH, Choi J, Gong EJ, Lee JH, Choi KD, Song HJ, et al. Can endoscopists differentiate cytomegalovirus esophagitis from herpes simplex virus esophagitis based on gross endoscopic findings? *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jun;98(23):e15845. doi: 10.1097/MD.00000000000015845.
8. Iwamuro M, Kondo E, Tanaka T, Hagiya H, Kawano S, Kawahara Y, et al. Endoscopic Manifestations and Clinical Characteristics of Cytomegalovirus Infection in the Upper Gastrointestinal Tract. *Acta Med Okayama*. 2017 Apr 1;71(2):97-104.
9. Nkuize M, De Wit S, Muls V, Arvanitakis M, Buset M. Upper gastrointestinal endoscopic findings in the era of highly active antiretroviral therapy. *HIV Med*. 2010 Jul 1;11(6):412-7.
10. Génèreau T, Rozenberg F, Bouchaud O, Marche C, Lortholary O. Herpes esophagitis: a comprehensive review. *Clin Microbiol Infect*. 1997 Aug;3(4):397-407.
11. Zaidi SA, Cervia JS. Diagnosis and Management of Infectious Esophagitis Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2002 Apr;1(2):53-62.
12. Kodsi BE, et al. Candida esophagitis: a prospective study of 27 cases. *Gastroenterology*. 1976 Nov;71(5):715-9. PMID: 964563.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a concepção, investigação, metodologia, coleta de dados, tratamento e análise de dados, redação, revisão e aprovação da versão final deste artigo.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

Não se aplica.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux.

Endereço para correspondência

Rua Genserico Encarnação, 185, apto. 102, bloco D, Mata da Praia, Vitória/ES, Brasil. CEP: 29065-420.