

Presentación de caso

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

Debut clínico de SIDA. Presentación de dos casos.

Clinical onset of AIDS. Presentation of two cases.

Dra. Marleni Machado Hernández¹, Dr. Manuel R. Toledo Rodríguez², Dra. Lourdes Pérez Camejo³, Lic. Edelby Escobar Carmona⁴, Lic. Melvys Caridad Torrecilla Echemendía⁵

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Sancti Spíritus. Cuba¹

Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente²

Especialista de 1^{er} grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente³

Licenciado en Bioquímica. Máster Oficial en Bioética, Enfermedades Infecciosas y Educación Médica. Especialista Laboratorio de Citometría de Flujo. Profesor Auxiliar⁴

Licenciada en Tecnología de la Salud, especialidad: Laboratorio Clínico. Especialista Laboratorio de Citometría de Flujo⁵

RESUMEN

Introducción: El debut clínico es un fenómeno particular dentro de la epidemia de VIH/SIDA que se viene observando en todo el mundo. Los cuadros diarreicos son una de las formas de su presentación.

Presentación de casos: Se reportan dos pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana que su debut clínico fueron las diarreas y en los cuales su diagnóstico serológico fue tardío presentándose con estado de inmunodepresión grave.

Conclusiones: Luego de ponérseles tratamiento antirretroviral las diarreas desaparecieron y hubo una recuperación inmunológica evidente.

DeCS: VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida / diagnóstico

Palabras clave: Virus de inmunodeficiencia humana, Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, debut clínico, diagnóstico tardío

SUMMARY

Letter to the editor

Introduction: A clinical onset is a particular phenomenon in HIV / AIDS that has been observed worldwide.

Acute diarrhea is one form of their presentation. **Case Presentation:** We report two patients with Human Immunodeficiency Virus with a clinical onset of diarrhea who had a delayed serological diagnosis and severe immunosuppression.

Conclusions: After antiretroviral treatment was begun diarrhea disappeared and there was a clear immunological recovery.

MeSH: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome / diagnosis

Keywords: Human immunodeficiency virus, acquired immune deficiency syndrome, clinical onset, delayed diagnosis

INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH no ha podido ser controlada a nivel mundial, en Cuba esta epidemia, aunque de bajo nivel y concentrada en grupos específicos, mantiene un incremento de casos por año, para frenar y reducir su propagación, es necesario profundizar en los diferentes factores que inciden en su incremento¹. El diagnóstico precoz de la infección por VIH se realiza a través de la vigilancia epidemiológica, mediante la búsqueda activa de posibles casos infectados en grupos vulnerables, como: captados, contactos de personas con VIH, individuos con infecciones de transmisión sexual (ITS), donantes de sangre, gestantes, ingresos, reclusos e infección por tuberculosis, entre otros. Este proceso permite diagnosticar, en etapas tempranas, aquellas personas portadoras del VIH². Cuando esta vigilancia falla, se presentan personas que inician clínicamente como SIDA, que si no son tratadas, en poco tiempo se verán aquejadas con alguna de las enfermedades oportunistas que caracterizan el síndrome, y pueden, incluso, morir.

Este fenómeno es conocido como debut clínico de SIDA y consiste en la identificación de enfermedades oportunistas definitorias de SIDA o linfocitos TCD4 menor de 200 células/ μ L en aquellos pacientes que, entre su confirmación de serología VIH positiva y su clasificación como caso SIDA, hubiere transcurrido menos de un año, también se les ha definido como pacientes en los que transcurren más de seis meses entre su primera prueba del VIH y la necesidad de ser tratados o, sencillamente, aquellos que nada más ser diagnosticados deben recibir tratamiento antirretrovira³.

Estos pacientes llegan a la consulta médica con un sistema inmune agotado y una alta replicación viral, situación que, acompañada de una falta de terapia antirretroviral o de instauración tardía de esta, hace que evolucionen de forma desfavorable, presenten más complicaciones y mueran en mayor proporción que el resto.

El no detectar a tiempo la enfermedad no solo tiene un impacto negativo sobre el propio paciente, también sobre el resto de la población. En el primer caso porque se beneficiarán menos del tratamiento y, en el segundo, porque es más probable que transmitan el virus a otras personas.

La proporción de estos pacientes ha aumentado en todo el mundo. Aunque esta situación ha sido planteada por varios servicios de salud internacionales, los factores asociados han sido poco estudiados, y en Cuba se dan los primeros pasos para su caracterización y comprensión.

Factores asociados a las cepas virales, que puedan hacerlas más agresivas o factores asociados al huésped, que modifiquen su respuesta inmunológica, son planteados en teoría como causales. De igual manera, deficiencias en el programa de control y detección de casos nuevos podría estar involucradas en su génesis.³ Esta forma de presentación de la enfermedad se ha convertido en un fenómeno particular dentro de la epidemia de VIH/SIDA y constituye una compleja área de estudio.

Hasta septiembre del 2010 en Cuba se han diagnosticado tardíamente con SIDA 1086 personas, con una significativa implicación epidemiológica: en los últimos 4 años alrededor del 10% de las personas se diagnostican con retraso, lo cual implica que han estado en la comunidad como promedio 8 años transmitiendo la infección sin conocer que están infectados. Esto influye directamente sobre la incidencia de la infección.

Conocer los elementos que están influyendo sobre este fenómeno nos permite tratarlo y tomar las medidas necesarias para enfrentar mejor la infección por VIH, por lo que se consideró necesario exponer dos casos que fueron diagnósticos tardíos en esta provincia como ejemplos de lo comentado anteriormente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Caso 1

Paciente de 54 años, soltero sin conducta sexual de riesgo con antecedentes de HTA y Giardiasis, había sido atendido desde hace 6 meses por presentar 6-7 episodios diarios de diarreas líquidas con flemas, pujos y tenesmo. Se hicieron Heces Fecales donde se evidenció quistes de giardia lamblia y se le puso tratamiento con metronidazol con mejoría clínica. A los pocos días reapareció el cuadro diarreico con toma

del estado general, astenia, anorexia. En ese período se constató una pérdida de peso de más de 30 libras. Al examen físico se encontró palidez cutánea mucosa, disminución del panículo adiposo, dolor abdominal ligero a la palpación de flanco y fosa ilíaca derecha. En ocasiones signos de deshidratación moderada que requirieron tratamiento de rehidratación endovenoso. Complementarios Hemoglobina: 9.2 g/L, Leucograma: leucocitos 3.2 x 10⁹/L, Segmentados:0.40 Linfocitos:0.57, Eosinófilos: 0.03, Eritrosedimentación: 90 mm/h, Glicemia 5.2 mmol, Creatinina: 53 μmol/L, Triglicéridos:1.2 mmol/L ; Colesterol 4.5 mmol/L, Transaminasa Glutámico Oxalacética 23 UI/L, Transaminasa Glutámico Pirúvica 30 UI/L, Fosfatasa alcalina:130 UI/L, Bilirrubina: 14 μmol/L , Dosificación de inmunoglobulinas y Complemento sérico: normal, Antígeno de superficie para hepatitis B: negativo, Anticuerpo para virus C: negativo, Serología para VIH: negativa, Serología para Sífilis: no reactiva, Ultrasonido abdominal: normal, Colonoscopia: signos de colitis inespecífica a nivel de recto-sigmoide, Tránsito intestinal acelerado con signos radiológicos de duodeno-yeyuno-ileitis. Se siguió por consulta al paciente con tratamiento con Vitamina B12, Multivit, ácido fólico y fumarato ferroso. Al no existir mejoría clínica se indica nuevamente serología para VIH siendo positiva. Conteo de linfocitos CD4+ 48 células/μL y carga viral 57000 copias.

Caso 2

Paciente de 45 años casado, sin conducta sexual de riesgo, con antecedentes de salud que hacía 8 meses presentaba síntomas digestivos: acidez, regurgitaciones, epigastalgia, diarreas líquidas diarias en número de 6-8 sin flemas ni sangre, pérdida de peso de más de 40 libras. Examen físico: disminución del panículo adiposo, no otras alteraciones. Complementarios: Hemoglobina: 12.6 g/L, Leucocitos: 8.6 x 10⁹/L, Segmentados: 0.57 Linfocitos: 0.43, Eritrosedimentación: 20 mm/h, Glicemia: 5 mmol, Creatinina: 52 μmol, Triglicéridos: 1.0 mmol/L, Transaminasa Glutámico Oxalacética: 24 UI/L, Transaminasa Glutámico Pirúvica: 18 UI/L, Fosfatasa Alcalina: 146 UI/L, Bilirrubina: 15 μmol/L, Ultrasonido abdominal: normal, Tomografía axial computarizada de páncreas: normal, Esófagogastroduodenoscopia: pangastritis endoscópica eritematosa y reflujo enterogástrico leve. Biopsia de yeyuno: infiltrado inflamatorio crónico moderado. Tránsito intestinal: engrosamiento de pliegues mucosos yeyunales e ileales, pérdida del patrón mucoso. Se interpreta como Enfermedad de Crohn, se pone tratamiento con vitaminas del complejo B, ácido fólico y Azulfidina. Al no existir mejoría clínica se indica serología para VIH siendo positiva. Conteo de linfocitos CD4+ 62 células/μL, Carga viral: 1430 copias.

En ambos casos se impuso de forma inmediata tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) con Zidovudina, Lamivudina y Nevirapine. A la semana de haber iniciado el tratamiento desaparecieron las diarreas. Al mes ya tenían una ganancia evidente de peso de más de 10 libras y los resultados evolutivos en los próximos meses de los marcadores inmunológicos y virales fueron los siguientes:

Caso 1 conteo de linfocitos CD4+ 132 células/μL y Carga Viral indetectable.

Caso 2 conteos de linfocitos CD4+ 344 células/μL y Carga Viral indetectable.

DISCUSIÓN

A pesar de que en Cuba se brinda una atención médica gratuita, se tiene acceso a los medios diagnósticos del VIH y se brinda una educación preventiva a la población, se han incrementado los casos de debut clínico de SIDA.

Al realizar una revisión de las historias clínicas de estos casos se evidencia su asistencia durante varios meses a diferentes centros de atención médica con síntomas que nadie sospechó como SIDA y por ello no se le indicó el estudio serológico para VIH. El síntoma fundamental en ambos casos fue la diarrea, tratada en múltiples ocasiones sin sospechar que pudiera deberse a la infección por VIH. Cuando se realizó el diagnóstico serológico de los casos y se puso tratamiento antirretroviral desaparecieron las mismas.

La diarrea es el síntoma gastrointestinal más frecuente en las personas infectadas por el VIH y la infección por *Giardia Lamblia* el parásito más detectad⁴. La prevalencia de las diarreas en algunas series clínicas varía en función del momento evolutivo de la enfermedad. En un estudio de cohortes la incidencia de diarrea fue de 14.2 por 100 personas-año. En los pacientes con menos de 50 linfocitos TCD4+ la probabilidad de desarrollar diarrea fue del 48.5% al cabo de un año, 74.3% a los dos años, y de un 95.6% a los tres años⁵.

Otros aspectos importantes que influyen en la prevalencia son el ámbito geográfico y las costumbres sexuales: la diarrea en el paciente infectado por el VIH es más frecuente en el varón homosexual y en países subdesarrollados. La diarrea también puede aparecer como consecuencia del tratamiento con antimicrobianos o ser un efecto secundario del tratamiento antirretroviral⁶.

La diarrea en el paciente con VIH evoluciona hacia la cronicidad con frecuencia y tiene una morbilidad asociada importante^{7,8}. Los pacientes con SIDA y diarrea crónica consumen más recursos médicos, tienen menos calidad de vida, pierden peso con mayor rapidez y su supervivencia es menor. La persistencia de la diarrea durante más de un mes, acompañada de una pérdida de peso no explicada superior a un 10% es una condición incluida en la definición de caso de SIDA⁹.

Luego de la implementación de los antirretrovirales la incidencia de diarreas en las personas con VIH ha descendido de manera drástica. A este tratamiento deben asociarse antimicrobianos y antiparasitarios según los gérmenes detectados. En ocasiones puede requerirse de tratamiento antidiarreico empírico, aproximadamente el 50% de los casos que son no patógenos o idiopáticos y en los casos resultantes del tratamiento antirretroviral. Se ha encontrado que los agentes antiespasmódicos (loperamida, difenoxilato, codeína) y los adsorbentes (Subsalicilato de Bismuto, Caolín/Pectina, Atapulgita) son útiles en esta condición y por lo tanto se les suele utilizar¹⁰.

El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA contempla indicadores para el análisis técnico de la epidemia de VIH a diferentes niveles del sistema de salud. En el caso de los debut clínico debe ser analizado y discutido el caso en el territorio, con la participación del equipo de ITS/VIH/SIDA del área y del municipio, y es imprescindible la intervención de la Atención Primaria de Salud (APS) y de los hospitales. Es fundamental identificar en cada caso las deficiencias de la atención médica que llevaron al diagnóstico tardío para lograr una óptima prevención de la infección del VIH. Ambos casos tuvieron lugar en los municipios de mayor incidencia de la provincia y sería oportuno indicar esto en aras de un mejor trabajo preventivo.

CONCLUSIONES

La realización de la prueba de detección de anticuerpos al VIH ante síntomas y signos clínicos sospechosos de infección viral, en grupos de riesgo o de manera rutinaria, permitiría su diagnóstico temprano, evaluación y tratamiento adecuado.

Las diarreas son uno de los síntomas más frecuentes de la infección por VIH por lo que dicha infección debe ser uno de los diagnósticos a descartar en pacientes con síndrome diarreico crónico.

El diagnóstico tardío de la infección por VIH incrementa el riesgo de continuar la propagación de la epidemia y disminuye la supervivencia de las personas afectadas porque no se logra un seguimiento médico correcto ni un tratamiento eficaz y oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ochoa R, Rojo N eds. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA; 2006. p. 115-131. Disponible en: <http://www.medicc.org/ns/assets/documents/la%20estrategia%20cubana%20para%20el%20VIH.pdf>
2. Bolaños Gutiérrez MR; Rojo Pérez N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Rev Cubana Med Gen Integrv.25n.2Ciudad de La Habanajul.-sep.2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520090002&lng=es&nrm=iso
3. Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González A, Pérez Ávila JL, Isela Lantero M. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2007;59(2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtri/vol59_2_07/mtr08207.htm.
4. González López ME, Escobedo Carbonell AA, Ruíz Pérez A. Diarreas crónicas asociadas a Giardia Lamblia, coccidios y adenovirus en pacientes con VIH/Sida. Bioquímica ,2007; 32 (supl A). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/576/57609841.pdf>

5. Suárez Lozano I, Fajardo Picó JM, Chacón JA. Síndrome diarreico en la infección por VIH. Disponible en: <http://saei.org/hemero/libros/c15.pdf>
6. Clinical management and treatment of HIV adults in Europe. 2009 Version 5. Disponible en: <http://www.europeanidsclinicalociety.org/guidelines.asp>
7. Sorto R, Bú Figueroa E. Perfil clínico-parasitológico de pacientes con VIH/SIDA y diarrea crónica atendidos en el Hospital Escuela del 2003 al 2005. Rev Med Hondur 2006; 74:69-76. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2006/pdf/Vol74-2-2006-2.pdf>
8. Wilcox CM. Diarrea en el paciente con SIDA. Gastr Latinoam; 2003; 14 (1): 36 – 40. Disponible en: http://www.socgastro.cl/imagenes/vol14_1/diarrea.pdf
9. Lamotte Castillo J A. Infección –Enfermedad por VIH/SIDA. MEDISAN 2004;8(4):49-63. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
10. Nwachukwu Chukwemeka E, Okebe Joseph U Antiespasmódicos para la diarrea crónica en pacientes con infección por VIH/SIDA. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005644>