

Enfermedades marcadoras de sida en un grupo de pacientes africanos con infección por VIH/sida

Sr. Editor: Desde que la infección por VIH/sida fue comunicada en 1981^{1,2} en que puso en alerta a todo el mundo, comenzó así lo que parecía, y es actualmente, una nueva situación de inmunosupresión, que se ha transformado en una pandemia que afecta casi 42 millones de personas en el mundo^{3,4}.

África Subsahariana tiene la más alta tasa de prevalencia con el 8%, donde residen el 70% de los casos y el 90% de los producidos por transmisión perinatal, y es actualmente una de las principales causas de mortalidad en estos países⁵. De los 9 países que más prevalencia de infección tienen, ocho son africanos: África del Sur, Kenya, R. Democrática del Congo, Etiopía, Zimbabwe, Mozambique, Nigeria y Tanzania⁶.

Angola es una salvedad en la región, pues casi dos generaciones de guerra restringieron la movilidad de los civiles, se cortaron las vías de transporte y ciertas partes del país quedaron aisladas intermitentemente del mundo exterior. Los datos disponibles señalan que estas condiciones probablemente han reducido la velocidad de la propagación del VIH⁷.

Pocos datos han sido publicados en países en vías de desarrollo por lo que este trabajo pudiera constituir un aporte al conocimiento del comportamiento clínico de un grupo de pacientes africanos y en especial en Angola.

Nosotros tratamos de caracterizar clínicamente todos los pacientes adultos y adolescentes con el diagnóstico de infección por VIH/sida tratados (internados y consulta externa) en la clínica Multiperfil de Luanda, Angola, en una cohorte prospectiva del período comprendido de julio de 2001 a diciembre de 2004. La clínica Multiperfil donde trabajamos es una nueva clínica en Luanda con 70 camas y un equipo de 250 trabajadores. Tiene un sofisticado laboratorio donde se realizan recuentos de linfocitos CD4 y existe un protocolo para la atención y tratamiento de estos pacientes.

Se estudiaron 658 pacientes diagnosticados con las combinaciones de diferentes test: test rápido (ImmunoComb II HIV 1-2. Bispot. PBS ORGENICS, Determine 1 y 2, Uni Gold u otro), ELISA (ELISA HUMAN HIV 1 + 2) y *Western blot*. Del total de pacientes estudiados el 58,66% (385) correspondían al sexo femenino. El 70,1% estaba comprendido en el grupo de edad de 21-40 años, siguiéndole el grupo de 41-60 años con el 26,6%, el resto se repartieron en los grupos etáreos menores de 20 y mayor de 60 años.

TABLA 1. Enfermedades marcadoras de sida más frecuentes en los pacientes estudiados

Enfermedad marcadora de sida	n	Porcentaje
Wasting síndrome	207	31,5
Tuberculosis	139	21,1
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	15	2,28
Sarcoma de Kaposi	14	2,1
Candidiasis esofágica	12	1,8
Neurotoxoplasmosis	4	0,6
Encefalitis por <i>Cryptococcus neoformans</i>	3	0,45
Linfoma no hodgkiniano	3	0,45
Neumonía a repetición	2	0,3
Retinitis por citomegalovirus	1	0,15
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	1	0,15
Histoplasmosis sistémica	1	0,15
Demencia	1	0,15
Herpesvirus mucocutáneo	0	0
Total pacientes	658	100

Fuente: Historias Clínica Multiperfil.

La mayoría de los pacientes estaban comprendidos en el grupo de mayor deterioro inmunitario de acuerdo a las clasificaciones de la OMS y CDC (67,8 y 49,4%)^{8,9}, respectivamente. El 88,6% de los pacientes presentaban síntomas tales como pérdida de peso (52,6%), diarreas crónicas (38,3%), fiebre (36,2%), síntomas respiratorios (33,9%) y lesiones cutáneas (29,9%), que motivaron su consulta.

Fueron el síndrome de consunción o Wasting disease (manifestado por pérdida no intencionada de más del 10% del peso habitual con fiebre y diarreas de más de 30 días y no atribuible a otras causas) y la tuberculosis pulmonar las enfermedades marcadoras de sida más frecuentemente diagnosticadas para el 31,5 y 21,1% (tabla 1).

Otros procesos asociados fueron la anemia (40,6%), lesiones mucocutáneas (candidiasis oral y vaginal, lesiones por herpesvirus zóster), sepsis urinaria, malaria, neumonías bacterianas y parasitismo intestinal. De este estudio concluimos que los pacientes acuden a consulta con un marcado deterioro de su sistema inmunitario con síntomas y complicaciones, como lo demuestran otros estudios¹⁰, que permiten el diagnóstico clínico con sólo el interrogatorio y un adecuado examen físico, cuestión a veces soslayada debido a la estigmatización y discriminación que sufren estos pacientes. Buscar métodos económicos para la determinación del deterioro inmune, que junto al recuento global de linfocitos sirvan de guía para el inicio y seguimiento de estos pacientes, junto a una política adecuada de tratamiento puede lograr disminuir la morbilidad de esta enfermedad en un continente tan azotado por la misma.

Reinaldo Luis Menéndez Capote^a,
María de los Angeles Chappotten
Delahanty^b, Aroldo Ruiz Pérez^a
y Filomena Antonica Costa^c

^aEspecialista II Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar e Investigador Asistente. ^bEspecialista de Anatomía Patológica. ^cInterna de Infectología. Clínica Multiperfil de Luanda (Cimeca). Angola.

Bibliografía

1. CDC. *Pneumocystis pneumonia*. Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981;30:250-2.
2. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM. *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. N Engl J Med. 1981;305:1425-31.
3. Katz HH. Infección por VIH. En: Lawrence M, Tenny S, Stephent MP, Papadakis MA, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. Colombia: Manual Moderno; 2000. p. 1213-63.
4. Chamberland ME, Wold JW, Curran JW. Epidemiología y prevención del sida y la infección por VIH. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Enfermedad Infecciosa. Principios y Prácticas. 4ª ed. New York: Panamericana; 1997. p. 1308.
5. Steinbrook R. The AIDS Epidemic in 2004. N Engl J Med. 2004;352:115-7.
6. Plano Estratégico do Programa Nacional de luta contra o SIDA (PNLS) 1999-2002. República de Angola. Ministério da Saúde. Dirección Nacional de Saúde Pública. 1999.
7. Situación de la epidemia de sida: 2004. ONU-SIDA/OMS-2004. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.unaids.org/wad200y/Eplupdate2004_html_sp/epi04_00_sp.htm
8. Centers For Disease Control: 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDs among adolescents and adults. MMWR. 1992;41:1-108.
9. WHO. Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease. Wkly Epidem Rec. 1990;65:221-8.

10. Chien-Ching H, Mao-Yuan C, Chin-Fu H, et al. Improved Outcomes of HIV-1-Infected Adults With Tuberculosis in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *AIDS*. 2003;17:2615-22.