

¿NOS ACORDAMOS DE DIAGNOSTICAR VIH? A PROPOSITO DE UN CASO

Dra. Patricia Boned Blas¹ / Dra Teresa de Fernando Gros² / Dra Alicia Bagueña García¹ / Dra Rocio Escriche Ros¹

¹ Medico adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

² Medico adjunto. Servicio de Urgencias Hospital Ernest LLuch. Calatayud (Zaragoza)

RESUMEN

Se estima que un tercio de los pacientes con infección por VIH no lo saben y más de la mitad están en fase avanzada cuando son diagnosticados.

Se debe promover el diagnostico precoz del VIH para conseguir un mayor impacto de la prevención y de los tratamientos consiguiendo disminuir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes. Este caso se centra en la introducción de criterios que determinen en qué casos se debe ofertar la prueba del VIH, e incluye recomendaciones para situaciones en las que haya una indicación o sospecha clínica de infección por VIH o sida, en contextos de oferta dirigida a personas con mayor riesgo.

PALABRAS CLAVE

Diagnostico precoz, tratamiento antirretroviral, VIH.

ABSTRACT

It is estimated that one-third of patients with HIV infection do not know it and more than half are in advanced stages when they are diagnosed.

The early diagnosis of HIV should be promoted in order to achieve a greater impact of prevention and treatment and reducing the mortality and morbidity of these patients.

This case focuses on the introduction of criteria to determine when HIV testing should be offered, and includes recommendations for situations where there is a clinical indication or suspicion of HIV or AIDS infection in contexts of offering to people With greater risk

KEY WORDS

Early diagnosis, HIV, Antiretroviral treatment

INTRODUCCION

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) fue descrita en 1981 y rápidamente se convirtió en la causa más frecuente de mortalidad en la población entre 20 y 40 años de edad.

En 1996 tras iniciarse el tratamiento antirretroviral de alta eficiencia se produjo una importante reducción de la mortalidad consiguiendo que la mayoría de los pacientes infectados tuvieran buena calidad de vida y sobre todo una esperanza de vida similar a la de la población general.

La infección por el VIH tiene un largo periodo de latencia hasta que se presentan las primeras

manifestaciones clínicas (1) por lo que puede pasar desapercibida muchos años. A pesar de la disponibilidad desde el tratamiento en España desde 1997 todavía aparecen nuevos casos de SIDA, una de las causas es el diagnostico tardío (DT) de la infección por el VIH, ya que si no saben que están infectadas no se pueden beneficiar de los tratamientos.

Por ello, uno de los principales retos es disminuir el DT de la infección por VIH. La definición establecida de retraso diagnostico se refiere a personas que presentan un recuento de CD4 inferior a 350 células/ul, ó que presenten un evento definitorio de SIDA sin importar el recuento de células CD4². Se considera que la enfermedad es avanzada cuando el recuento de linfocitos CD4 es inferior a

200 células/ul.

En España se calcula que existen unas 150.000 personas con infección por VIH, los datos estadísticos calculan que un 30% de las mismas desconocen que están infectadas³.

CASO CLINICO

Presentamos el caso de un paciente de 37 años de edad que acude a nuestro servicio de Urgencias con antecedentes personales de Hepatitis A hace 20 años e intervenido quirúrgicamente de colecistectomía hace dos meses. Sin alergias conocidas y sin tratamiento habitual.

Presenta desde hace cuatro meses clínica de hiporexia, pérdida de unos 25 kg de peso y alteración del ritmo deposicional, con estudio en Digestivo realizándose colonoscopia con biopsias sin hallazgos y colecistopatía sin litiasis con clínica de cólico biliar hace dos meses, motivo por el que se interviene quirúrgicamente con leve mejoría inicial.

El paciente es comercial de profesión y no usaba métodos de barrera con su pareja previa estable.

En el momento actual refiere mal estar general con náuseas y vómitos desde hace cuatro días con deposiciones diarreicas (3-4 veces al día) sin productos patológicos, diarias desde hace 2 semanas. Refiere astenia generalizada y anorexia, sensación de distensión abdominal y fiebre en el día de hoy.

A la exploración física se objetiva palidez cutánea, delgadez con pérdida de masa muscular. Adenopatía submandibular izquierda dolorosa a la palpación. Tonos rítmicos sin soplos, a 100 lpm. Auscultación pulmonar: hipofonosis generalizada. Abdomen: blando, depresible y difusamente doloroso a la palpación en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, peristaltismo conservado, succión renal negativa. Extremidades inferiores sin edemas y sin signos de trombosis. Exploración neurológica normal.

Se decide ingreso en planta de Medicina Interna para filiar las diarreas crónicas y el síndrome constitucional.

Pruebas complementarias:

Análisis de sangre: Hemograma leucocitos

4300/mm, Hemoglobina 15.1, Hematocrito 44.9 %, plaquetas 97000/mm, coagulación normal. Bioquímica. Glucosa 88 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl, ácido láctico 1,8 mmol/l, GOT 49 UI/l, Na 136 meq/l, K 3.3 mEq/l, PCR 0.39 mg/dl.

Análisis de orina: normal

Radiografía de tórax y abdomen. Normal

Electrocardiograma. Ritmo sinusal a 118 latidos por minuto sin alteraciones agudas.

Ecografía abdominal. Normal

TAC toraco abdominal. Normal

Hemocultivos. Primera determinación negativos. Segunda determinación 6 días después positivo para *Streptococcus pyogenes* (Grupo A)

Coprocultivo. Flora habitual

Serologías: Negativo para Brucelosis, Toxoplasma, Lúes, Hepatitis B HBs Ag y Anti HBc, Positivo para *troponema pallidum*, citomegalovirus Ig G, Hepatitis A IgG, Hepatitis C y VIH.

Carga viral de citomegalovirus en plasma. 345 copias /ml (2.5 unidades logarítmicas)

Carga viral de Hepatitis C. 25 UI/ml (1.4 u log.)

Determinación de Antígeno criptocócico. Negativo

Carga viral del VIH-1 en plasma. 281850 copias (5.5 u log.)

Poblaciones linfocitarias (a los 5 días del ingreso): CD4: 5/mm³ (9.61%); CD4/CD8 0.14

Gastroscopia: Intenso proceso inflamatorio gástrico difuso de predominio antral. Se toman biopsias con cambios sugestivos de infección por *Cryptosporidium* spp.

Evolución: El paciente recibió hidratación y suplemento de potasio endovenoso tras objetivar hipopotasemia de 2.4 meq/l con mejoría analítica. Se detectaron Ac frente a VIH, realizando nueva determinación confirmando el diagnóstico. En biopsia gástrica se apreciaron presencia de *Cryptosporidium*, decidiendo retirar omeprazol e iniciar terapia anti retroviral (TDF + FTC + DRV + RTV). Durante el ingreso presentó episodio de fiebre por flebitis que se trató con cefazolina Iv durante siete días. Además se inició tratamien-

to con azitromicina i.v. y loperamida con mejoría progresiva de las deposiciones (al alta consistencia normal). Ha recibido profilaxis primaria con cotrimoxazol.

Es dado de alta tras 20 días ingresado en el Hospital con el diagnóstico de Síndrome Constitucional por Infección por VIH diagnóstico tardío con categoría C (SIDA) y síndrome diarreico crónico por cryptosporidiasis gastrointestinal.

Es dado de alta con antibioterapia (sulfametoxazol) y terapia antirretroviral, asociando darunavir, ritonavir y emtricitabina +TDF.

Tres meses después de haber sido dado de alta el paciente ha mejorado, ha ganado 23 kg de peso y se ha incorporado al trabajo. En analítica de control CD4 350/mm³, CD4/CD8 0.35 y presenta una carga viral de 549 copias habiendo mejorando notablemente el pronóstico de la enfermedad.

DISCUSION

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) recomiendan el acceso de la prueba para la detección de VIH a la población en general y sobre todo a las poblaciones más susceptibles⁴.

Un retraso en el diagnóstico de la infección tendrá repercusión tanto para la salud individual como colectivo ya que al desconocer su situación no les permite beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales disponibles aumentando el riesgo de transmisión a otras personas al no adoptar las necesarias medidas de protección y aumentando sus tasas de mortalidad respecto a las personas que acceden a un diagnóstico y tratamiento temprano.

En España se calcula que hay 140.000 personas infectadas por el VIH-1, de las que el 30% de estos pacientes desconocen su infección, contribuyendo al 60-70% de las nuevas transmisiones⁵.

En España la prueba del VIH se halla disponible en nuestro sistema sanitario, tanto a nivel de Atención Primaria como en centros hospitalarios. Para poder hacer un diagnóstico precoz hay que sospechar la infección por parte del personal sanitario ya que en ocasiones todavía a día de hoy los pacientes tienen reparos a solicitar la prueba por el estigma tan importante de esta enfermedad⁶.

Desde el beneficio individual un diagnóstico precoz de la infección por VIH va a reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes, ya que si desconocen su situación no se van a po-

Tabla 1. Enfermedades indicadoras de infección por VIH asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%

1. Infección de transmisión sexual
2. Linfoma maligno
3. Cáncer/Displasia anal
4. Displasia cervical
5. Herpes zóster
6. Hepatitis B o C (aguda o crónica)
7. Síndrome mononucleósico
8. Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
9. Dermatitis seborreica/exantema
10. Enfermedad neumocócica invasiva
11. Fiebre sin causa aparente
12. Candidemia
13. Leishmaniasis visceral

Tabla 1. Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado >0,1%

1. Cáncer de pulmón primario
2. Meningitis linfocítica
3. Leucoplasia vellosa oral
4. Psoriasis grave o atípica
5. Síndrome de Guillain-Barré
6. Mononeuritis
7. Demencia subcortical
8. Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
9. Neuropatía periférica
10. Pérdida de peso injustificada
11. Linfadenopatía idiopática
12. Candidiasis bucal idiopática
13. Diarrea crónica idiopática
14. Insuficiencia renal crónica idiopática
15. Hepatitis A
16. Neumonía de adquisición en la comunidad
17. Candidiasis

der beneficiar del tratamiento antirretroviral⁷. Actualmente la tasa de respuesta al tratamiento es muy alta y conlleva una recuperación del sistema inmunológico suficiente para controlar las habituales infecciones oportunistas que pueden aparecer en estos pacientes⁸.

El test del despistaje de VIH debería recomendarse a todas las personas que lo soliciten, a todas las mujeres embarazadas, a todas las personas con prácticas sexuales de riesgo y a todas las personas con sospecha de primoinfección por VIH valorando signos y síntomas y a todos los pacientes en los que se identifique algunas de las patologías recogidas en las siguientes tablas (Tabla 1 y Tabla 2), ya que según los últimos estudios la prevalencia de la infección por el VIH-1 en estas enfermedades puede ser superior al 1%⁹.

CONCLUSIONES

Para el médico de Atención Primaria el conseguir disminuir el diagnóstico tardío de la infec-

ción por VIH es un gran reto al que nos enfrentamos en nuestra labor diaria.

Es importante conocer las enfermedades indicadoras de VIH para poder ofrecer la prueba del VIH, así como a personas con mayor riesgo de padecer dicha enfermedad. La situación del retraso diagnóstico en nuestro país hace que se deba potenciar la indicación de la prueba, y que la forma de hacerlo sea incrementar la oferta en los centros de Atención Primaria, la vía más frecuente de acceso al sistema sanitario.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Las personas con infección por VIH que desconocen su situación no pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral precoz, y por lo tanto tienen mayor riesgo de desarrollar sida. Además, el coste del tratamiento y cuidado de estos enfermos con diagnóstico tardío es superior a los que se diagnostican precozmente y su pronóstico es peor¹⁰.

BIBLIOGRAFIA

1. Castilla J, Noguez I, Belza MJ, Del Amo J. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Atención primaria. Volumen 29, Issue 1, 2002, Pages 20-25.
2. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J et al. Late presentation oh HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine 2011; 12 (1):61-64.
3. Area de Vigilancia de VIH y comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiologica del VIH y SIDA en España 2015: sistema de información sobre nuevos diagnosticos de VIH y registro nacional de casos de SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA-s.G. de promoción de la Salud y epidemiologia/Centro Nacional de Epidemiologia-ISCIII.Madrid; Nov 2016.
4. European centre for Disease Prevention and Control.HIV testong.increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm. EDC.2010.
5. Marks G, Crepaz N, Janssen R.S. Estimated sexual transmisión of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS, 20 (2006), pp 1447-1450.
6. Johnson A.M, Laga M. Heterosexual transmission of HIV. AIDS, 2 (1998) pp S49-S56
7. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida*. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf> [Citado el 10-3-2014.
8. Lamotte Castillo JA. Infección-enfermedad por VIH/SIDA [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(4).
9. HIV in Europe, grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida, Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario, 2014.