

# Fenfermedad de Crohn e Infeccion Por VIH. A Proposito de Un Caso

## Crohn's Disease and HIV Infection. A Case Proposal

**Sebastian Camilo Duque\***Medicina Interna, Universidad de Caldas,  
Caldas, Colombia

**Fecha de recibido:** 21-Oct-2021, Manuscript No. ipadm-21-11196; **Fecha del Editor asignado:** 25-Oct-2021, PreQC No. ipadm-21-11196(PQ); **Fecha de Revisados:** 08-Nov-2021, QC No. ipadm-21-11196; **Fecha de Revisado:** 19-Apr-2022, Manuscript No. ipadm-21-11196(R); **Fecha de Publicación:** 26-Apr-2022, DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1534

**\*Correspondencia:**  
Sebastian Camilo Duque

Tel: 3218026722

 [sebastianduque8@gmail.com](mailto:sebastianduque8@gmail.com)

### Resumen

En este reporte se realiza una caracterización clínica y revisión de la literatura de sobreposición de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) e infección por VIH. El Caso clínico que se trae trata sobre una Mujer joven sin antecedentes médicos previos, con cuadro diarreico en el que se descartan causas infecciosas y se documenta EII además de una coinfección con VIH de novo. Se considera importante documentar causas no infecciosas en pacientes con diarrea crónica e inmunosupresión secundaria a infección por VIH.

**Palabras clave:** Medicina; VIH; Enfermedad de Crohn

### Abstract

In this report, a clinical characterization and review of the literature on the overlap of Inflammatory Bowel Disease (IBD) and HIV infection is carried out. The clinical case that is brought is about a young woman with no previous medical history, with diarrhoea in which infectious causes are ruled out and IBD is documented in addition to de novo coinfection with HIV. It is considered important to document non-infectious causes in patients with chronic diarrhoea and immunosuppression secondary to HIV infection.

**Keywords:** Medicine; HIV; Crohn disease

### Introducción

Cuando hablamos de EC e infección por VIH la literatura describe dos escenarios, el primero de ellos en pacientes que presentaban previamente la EC y con la actividad del VIH presentaron remisión de esta, por otro lado otros pacientes con VIH que debutan con EII; así las cosas la relación al día de hoy es incierta, pero no por esto poco importante [1,2].

En el siguiente caso clínico describimos un caso clínico en el que una paciente joven que se presentó en la ciudad de Cartagena de

indias (Colombia) con un síndrome diarreico crónico en el que se documenta sobreposición de infección por VIH y EC.

### Casoclínico

Se presenta un caso de una paciente que no refiere antecedentes médicos, de 20 años de Edad, procedente de Cartagena (Bolívar) que acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de diarrea de 3 meses de evolución asociado a hematoquezia y perdida involuntaria de peso, es relevante mencionar que previamente había acudido en 2 ocasiones a puestos de salud

**Tabla 1:** Paraclínicos de ingreso.

Paraclínicos de ingreso	
Hemoglobina	6,7 mg/dl
Leucocitos	2560 / mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	67,2 %
Linfocitos	22,5 %
Eosinófilos	4%
Plaquetas	160.000/ mm <sup>3</sup>
Creatinina	0,59 mg/dl
Nitrógeno ureico	7 mg/dl
ALT	18 U/L
AST	43 U/L

donde indicaban manejo con metronidazol oral sin ninguna mejoría. Al ingreso con deshidratación grado 1 según la OMS, estable hemodinamicamente, con paraclínicos descritos (ver Tabla 1), se le indica estudio endoscópico de vías digestivas altas en el que documentan candidiasis esofágica Kodsi IV y en Colonoscopia se documenta con hiperemia y edema de forma parchada (no continua) en sigmoides y recto, además con presencia de erosiones cubiertas con fibrina y presencia de ulcera de 1 cm con base de fibrina en ciego, hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn. Posteriormente en su tercer día de estancia hospitalaria se reciben el resultado positivo para infección por VIH (ELISA cuarta generación) confirmado en dos muestras diferentes, un recuento de linfocitos T CD4+ de 42 células/ mm<sup>3</sup> y una carga viral de 85.770 copias por ml. En biopsia obtenida de lesiones descritas no se encontraron hallazgos que sugieran infección y se describe infiltrado de tipo linfocitario en la lámina propia y plasmocitosis basal que sugiere inflamación crónica activa. Durante la estancia hospitalaria se da alta con mesalazina oral, Profilaxis para infecciones oportunistas y antirretrovirales (dolutegravir, tenofovir alafenamida y emtricitabina) y valoración por gastroenterología e infectología prioritaria.

## Discusión

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), abarca dos entidades definidas, la CU y la enfermedad de Crohn EC [3]. Esta última con una incidencia de 286,3 por 100.000 personas. Los síntomas típicos de la enfermedad de Crohn son dolor abdominal crónico, diarrea sanguinolenta y síndrome constitucional [4]. Además se sabe de la asociación que puede existir entre la infección por el Virus De La Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, miositis, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico, trombocitopenia autoinmune entre otras; entre los mecanismos que se cree favorecen dicha aparición se destaca, la activación policlonal de los linfocitos B, mimetismo molecular y una respuesta exagerada en la activación de los linfocitos T CD4 positivos [5].

Por otra parte cuando nos enfrentamos a un paciente con infección por VIH y síndrome diarreico crónico se considera como primera posibilidad que curse con infecciones oportunistas tales como infección por el Citomegalovirus, *Isospora* spp. *O* *Cryptosporidium* spp; sin embargo cuando existe fracaso al tratamiento o hallazgos moleculares e histopatológicos no compatibles con dichas infecciones es que cobran importancia

diagnósticos diferenciales como la EII [1].

El otro aspecto a discutir son las implicaciones terapéuticas que plantea esta sobreposición, no se conocen claramente las interacciones entre los fármacos utilizados para tratar la EII como los anti-TNF, anti-IL12/23 y anti-  $\alpha$ 4 $\beta$ 7 [6]. En cuanto a los anti-TNF, se sabe que inclusive su uso podría tener implicaciones positivas en pacientes infectados por VIH ya que este se ha asociado a rápida progresión de la enfermedad y pobre control de la viremia, pero otros estudios por el contrario muestran efectos deletéreos de su uso, en el contexto de aumento de infección oportunistas [7]. Los anti-IL12/23 se han asociado a rápida progresión del VIH, pero en otros estudios no se documentó incremento de la carga viral o reducción del recuento de CD4 + y finalmente los anti- $\alpha$ 4 $\beta$ 7 al encontrarse en las mucosas se ha asociado a diseminación del VIH y por tanto mayor infectividad en estos pacientes.

Otros inmunomoduladores como la azatioprina a pesar de que se evidenció disminución en el recuento de leucocitos, no hubo aumento en la incidencia de infecciones oportunistas; en cuanto al uso del metotrexate se ha asociado en pacientes con VIH y psoriasis a la aparición de leucopenia, encefalopatía tóxica, neumonía por *P. carinii* y sepsis por *estafilococos*. Es poco lo que se conoce sobre efectos de la reconstitución inmune en estos pacientes, por lo que en términos generales faltan más estudios que permitan brindar evidencia sólida en este perfil de pacientes.

## Conclusión

La importancia de considerar al enfrentarse a un paciente con infección por VIH, en diagnósticos diferenciales que abarquen enfermedades no infecciosas, como neoplasias, seguidas por la EII y tener en cuenta que son diagnósticos diferenciales de suma importancia para los clínicos.

## Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflicto de intereses en la realización de este estudio.

## Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por parte del paciente para la publicación del caso.

## Referencias

1. Adiga A, Panikkath D. A review of inflammatory bowel disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *J AIDS Clin Res* 2016; 7:5-8.
2. Harsh P, Gupta V, Kedia S, Bopanna S, Pilli S, Surendernath, et al. Prevalence of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viral infections in patients with inflammatory bowel disease in north India. *Intest Res* 2017; 15:97-102.
3. Guan Q. A comprehensive review and update on the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *J Immunol Res* 2019.
4. Torres J, Mehndru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 2017; 389:1741-55.
5. Emilie V, Antoine D, Leopold A, Patrick M, Arnaud H, Tristan F, et al. Autoimmune diseases and HIV infection a cross-sectional study. *Med (United States)* 2017; 96:e5769.

6. Ho TH, Cohen BL, Colombel JF, Mehandru S. Review article: The intersection of mucosal pathophysiology in HIV and inflammatory bowel disease, and its implications for therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40:1171-86.
7. Vaidya SA, Korner C, Sirignano MN, Amero M, Bazner S, Rychert J, et al. Tumor necrosis factor  $\alpha$  is associated with viral control and early disease progression in patients with HIV type 1 infection. *J Infect Dis* 2014; 210:1042-6.