

Boletín ITS-VIH-SIDA

CPICM "JOSE VARELA MARCELO" SANCTI SPIRITUS SEPT-OCT 2009.



Enfermedades oportunistas y el SIDA

La inmunodepresión, predominantemente celular ocasionada por el VIH, es la causa de las patologías oportunistas de los enfermos infectados por este virus. (Fig. Herpes simple 1 y 2)

Pneumocystis carinii.

La taxonomía del *Pneumocystis Carinii* (Pc) es incierta, para algunos es un protozoo y para otros es un hongo. La afección que ocasiona está habitualmente localizada en los pulmones, siendo excepcionalmente extrapulmonar. En personas inmunocompetentes la infección evoluciona de forma asintomática.

Cándida albicans.

La *Cándida albicans* (Ca) es el hongo que más frecuentemente infecta a las personas con SIDA. Las diversas especies de *Cándida* pueden ocasionar variadas patologías en el paciente VIH+. Las infecciones de las mucosas incluyen el muguet, esofagitis y vaginitis entre las principales; pero también tienen entidad propia la afectación de la mucosa del tubo digestivo no esofágica, balanitis, candidiasis cutánea, foliculitis, intertrigo, onicomicosis, candidiasis perianal, etc.

Cryptococcus neoformans.

El *Cryptococcus neoformans* (Cn) es un hongo unicelular, levaduriforme encapsulado. Se describen otras localizaciones de la enfermedad en pulmón ganglios linfáticos, piel, etc. En la meningitis criptocócica las manifestaciones clínicas son insidiosas, instaurándose durante semanas o meses. El paciente puede desarrollar demencia por acción directa de la infección sobre el cerebro.

Toxoplasma Gondii.

El *Toxoplasma gondii* (Tg) es un protozoo parásito intracelular obligado que con frecuencia causa infección en la población general, la que permanece latente y controlada por la inmunidad celular. En el paciente con SIDA, además del cerebro que es su principal sitio de asiento, la enfermedad también puede afectar la retina, pulmón, corazón, hígado, páncreas, etc.

Histoplasma capsulatum.

El *Histoplasma Capsulatum* (Hc) es un hongo dimorfo que se encuentra en el suelo contaminado por excrementos de aves y en otros materiales orgánicos, siendo el guano del murciélago el sitio donde encuentra las condiciones más propicias para su mantenimiento en la naturaleza. En los enfermos con SIDA produce una enfermedad diseminada con localización preferentemente en el Sistema Reticuloendotelial (SRE) y manifestaciones habitualmente cutáneas, pulmonares y mucosas.

Virus herpes

El paciente con SIDA puede ser afectado por cualquiera de ellos, pero con mayor frecuencia se encuentran el herpes simple tipo 1 y 2 (HSV 1 y 2), Citomegalovirus (CMV) y los varicelovirus o herpes virus tipo 3 donde se encuentran el Herpes Zóster (HZV) y la Varicela Zóster (VZV). Los herpes virus se caracterizan porque evolucionan por períodos de crisis y períodos de latencia.

Herpes simple 1 y 2 (HSV1 y 2)

El espectro clínico de la infección por HSV es muy amplio y varía desde una infección inaparente hasta la forma fulminante mortal. Las lesiones se localizan preferentemente en boca, labios, genitales, zona perianal, cara y tronco. Puede haber compromiso también del SNC donde puede producir una encefalitis focal clínicamente similar a la encefalitis producida por este virus en pacientes inmunocompetentes.

Herpes Zóster (HZV)

Produce episodios recurrentes mucho más frecuentes en los pacientes con SIDA que en personas inmunocompetentes, con lesiones metaméricas extensas y diseminadas en piel. Puede producir lesiones oculares y más raramente formas viscerales y diseminadas. El diagnóstico en general se hace en base a la clínica, el laboratorio sólo se utiliza en casos que ofrezcan dudas o cuando aparecen complicaciones.

Citomegalovirus (CMV)

El CMV es el miembro más grande de los herpes virus humanos. La citomegalovirus es una infección muy frecuente en la población en general, alrededor de un 30-50% de los adultos han estado en contacto con el virus y tienen anticuerpos circulantes para CMV. Este virus potencializa la replicación del VIH. En los pacientes SIDA produce una enfermedad severa, incluyendo una infección recurrente en individuos seropositivos.

Micobacterium tuberculosis

En el paciente infectado por VIH hay riesgo de tuberculosis (TB) cuando el nivel de linfocitos TCD4 es menos de 500 elementos/mm³. La causa más frecuente de infección meníngea oportunista en pacientes con VIH es la meningitis tuberculosa. El diagnóstico se confirma por identificación del germen en el esputo (es decir la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes BAAR), por el examen histológico o por ambos.

Micobacterias atípicas

Entre las micobacteriosis atípicas en pacientes con SIDA predominan las causadas por el *Micobacterium avium*. En nuestro país la infección por este agente es poco frecuente. Hay riesgo de enfermedad cuando la inmunodepresión es severa con niveles de linfocitos T4 por debajo de 100/mm³.

Cryptosporidium sp.

Es un parásito que produce infección intestinal, la que se manifiesta por diarreas que pueden ser incontrolables en el inmunodeprimido VIH+. Existe riesgo de cryptosporidiosis cuando el nivel de linfocitos T4 es menor de 200/mm³. El diagnóstico se hace por estudio microbiológico de las heces o por biopsia de intestino delgado. [Más información](#)

BIBLIOGRAFIA

PUBMED

1. Inui K, Takahashi Y, Komeichi H, Katsuta Y, Shimizu S, Mizuno K. [Successful transcatheter chemoembolization for acute jaundice in a patient with advanced hepatocellular carcinoma and portal vein tumor thrombosis: a case report.](#) J Nippon Med Sch. 2009 Aug;76(4):217-20.
2. Brooks JT, Kaplan JE, Masur H. [What's new in the 2009 US guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among adults and adolescents with HIV?](#) Top HIV Med. 2009 Jul-Aug;17(3):109-14.
3. Hanouneh IA, Khoriaty R, Zein NN. [A 35-year-old Asian man with jaundice and markedly high aminotransferase levels.](#) Cleve Clin J Med. 2009 ug;76(8):449-56.
4. Stornaiuolo G, Brancaccio G, Precone V, Sgrò G, Nardiello S, Gaeta GB. [Salvage therapy with tenofovir followed by adefovir maintenance in a cirrhotic patient with a lamivudine resistant HBV flare.](#) Infez Med. 2009 Jun;17(2):105-8.
5. Yang J, Zhao LS. [Clinical significance of 4 patients with chronic hepatitis B achieving HBsAg clearance by treated with pegylated interferon alpha-2a for less than 1 year: a short report.](#) Virol J. 2009 Jul 8;6:97.
6. Salkic N, Zerem E, Zildzic M, Basic M. [Reversible peg-interferon-induced unilateral sensorineural hearing loss during hepatitis B treatment.](#) Turk J Gastroenterol. 2009 Jun;20(2):156.
7. Ceballos-Viro J, López-Picazo JM, Pérez-Gracia JL, Sola JJ, Aisa G, Gil-Bazo I. [Fibrosing cholestatic hepatitis following cytotoxic chemotherapy for small-cell lung cancer.](#) World J Gastroenterol. 2009 May 14;15(18):2290-2.
8. Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, Brooks JT, Pau A, Masur H; [Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America.](#) MMWR Recomm Rep. 2009 Apr 10;58(RR-4):1-207;
9. Matsumoto K, Miyake Y, Miyatake H, Takahara M, Imada T, Yagi S, Toyokawa T, Nakatsu M, Ando M, Hirohata M. [A combination treatment of entecavir and early-phase corticosteroid in severe exacerbation of chronic hepatitis B.](#) World J Gastroenterol. 2009 Apr 7;15(13):1650-2.
10. Lei WY, Chang WH, Shih SC, Liu CJ, Shih CH. [Pyogenic liver abscess with Prevotella species and Fusobacterium necrophorum as causative pathogens in an immunocompetent patient.](#) J Formos Med Assoc. 2009 Mar;108(3):253-7
11. Kim JS, Yoon SK, Kim JA, Kim CW, Bae SH, Choi JY, Jung CK. [Long-term survival in a patient with ruptured hepatocellular carcinoma.](#) Korean J Intern Med. 2009 Mar;24(1):63-7.
12. Korkolis DP, Aggeli C, Plataniotis GD, Gontikakis E, Zerbini H, Papantoniou N, Xinopoulos D, Apostolikas N, Vassilopoulos PP. [Successful en bloc resection of primary hepatocellular carcinoma directly invading the stomach and pancreas.](#) World J Gastroenterol. 2009 Mar 7;15(9):1134-7.
13. Ozçınar B, Güven K, Poyanli A, Ozden I. [Necrotizing pancreatitis after transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma.](#) Diagn Interv Radiol. 2009 Mar;15(1):36-8.
14. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida [\[Recommendations from the GESIDA/Spanish AIDS Plan regarding antiretroviral treatment in adults with human immunodeficiency virus infection \(update February 2009\)\]](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009 Apr;27(4):222-35. Epub 2009 Feb 26.
15. [Kinomoto K, Okamoto Y, Yuchi Y, Kuriyama M [Acute encephalomyelitis associated with acute viral hepatitis type B.](#) Intern Med. 2009;48(4):241-3.
16. Rivero A, Camacho A, Pérez-Camacho I, Torre-Cisneros J. [\[Darunavir in HIV/HVC/HVB coinfection\]](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008 Oct;26 Suppl 10:37-42.
17. Mackie CO, Buxton JA, Tadwalkar S, Patrick DM. [Hepatitis B immunization strategies: timing is everything.](#) CMAJ. 2009 Jan 20;180(2):196-202. Review.
18. Shamliyan TA, MacDonald R, Shaukat A, Taylor BC, Yuan JM, Johnson JR, Tacklind J, Rutks I, Kane RL, Wilt TJ. [Antiviral therapy for adults with chronic hepatitis B: a systematic review for a National Institutes of Health Consensus Development Conference.](#) Ann Intern Med. 2009 Jan 20;150(2):111-24.
19. Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, Gareen IF, Grem JL, Inadomi JM, Kern ER, McHugh JA, Petersen GM, Rein MF, Strader DB, Trotter HT. [National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: management of hepatitis B.](#) Ann Intern Med. 2009 Jan 20;150(2):104-10. Epub 2009 Jan
20. Wu YL, Tsai MH, Liu LL. [Erythema nodosum and hepatitis B: a case report and literature review.](#) J Microbiol Immunol Infect. 2008 Oct;41(5):437-9.

¡MANTÉNGASE INFORMADO!

Diseño: Lic. Carmen Sánchez Sánchez.
carmen@centromed.ssp.sld.cu