

## **VIH y el tracto gastrointestinal: Noticias recientes**

**AMNERIS E. LUQUE, M.D.**

Universidad de Rochester. Rochester, NY

El tracto gastrointestinal es sitio frecuente de infecciones oportunistas y neoplasias en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Más de un 70% de estos pacientes tendrán manifestaciones gastrointestinales durante el curso de la enfermedad; este porcentaje es más alto en los países en vías de desarrollo, llegando a ser hasta de un 90%. Muchas de las afecciones del tracto gastrointestinal en pacientes con VIH, pueden causar disminución de la ingesta y pérdida de peso acentuada que van a repercutir en el estado inmunológico de los pacientes, empeorando su pronóstico. Dado que cualquier porción del tracto gastrointestinal puede estar afectada, desde la cavidad orofaríngea al ano, tendremos manifestaciones múltiples y entidades variadas.

La cavidad orofaríngea es uno de los primeros sitios donde se pone en evidencia el estado de inmunosupresión. La enfermedad periodontal es bastante frecuente presentándose con halitosis, sangrado y dolor gingival. Las encías pueden presentar en etapas incipientes una línea enrojecida solamente. La enfermedad periodontal puede progresar a la necrosis y ulceración de la papila interdental. En las formas más avanzadas puede haber pérdida del tejido gingival y destrucción del hueso subyacente con pérdida de los dientes y estomatitis necrotizante.

La candidiasis orofaríngea es la manifestación más común, la cual puede presentarse en su forma típica de exudados blanquecinos aislados o confluentes que al despegarse dejan un fondo eritematoso o hemorrágico. Otras formas menos frecuentes son la candidiasis eritematosa y la hipertrófica; ésta última se asemeja a la leucoplasia vellosa. La candidiasis oral se ha considerado como un factor pronóstico indicando mayor riesgo a desarrollar infecciones oportunistas. La leucoplasia vellosa, manifestación oral común, es secundaria a la reactivación del virus Epstein Barr; ella cursa generalmente en forma asintomática y comúnmente no requiere tratamiento. Las lesiones de sarcoma de Kaposi, atribuidas al virus del herpes humano 8, continúan presentándose, aun cuando su incidencia ha disminuido considerablemente. Cuando estas lesiones se presentan en la cavidad oral tienen la apariencia típica de pápulas rojo violáceas que pueden causar síntomas e incluso llegar a ulcerarse. Estas lesiones orales pueden acompañar a lesiones en otras áreas del tracto gastrointestinal. Las aftas recurrentes de origen idiopático se observan con cierta frecuencia en pacientes infectados con el VIH manifestándose como úlceras superficiales y dolorosas en áreas no queratinizadas de la boca. La biopsia muestra inflamación no específica y generalmente responden a los corticoides tópicos o sistémicos. Cuando no hay respuesta a estos tratamientos de “primera línea” éstas pueden ser tratadas eficazmente con el uso de la talidomida.

Las esofagitis también son usuales en los pacientes con inmunosupresión secundaria a la infección por el VIH. Cualquiera sea la causa de la esofagitis ésta va a presentarse con

manifestaciones clínicas típicas que incluyen odinofagia, disfagia, dolor retroesternal y disminución de la ingesta, síntomas que conllevan a pérdida de peso que puede ser severa. La patología esofágica más frecuente es la esofagitis por *cándida*, la cual puede ser la forma de presentación clínica hasta en un 50% de pacientes con SIDA. Debido a que con frecuencia la candidiasis esofágica coexiste con candidiasis orofaríngea, la presencia de candidiasis orofaríngea en un paciente con VIH que se queja de disfagia sugiere esofagitis por *cándida* y el tratamiento empírico para candidiasis está indicado. Si no hay respuesta al tratamiento deberá considerarse la endoscopia para el diagnóstico etiológico de la disfagia. Si la candidiasis oral no está presente y el paciente no ha recibido antifúngicos tópicos, deberá considerarse la endoscopia de entrada. Otra patología esofágica común son las úlceras esofágicas que pueden ser debidas a infección por el virus de inclusión citomegálica o por el virus del herpes simplex, o ser debidas a neoplasias. Las aftas esofágicas pueden estar relacionadas con el uso de ciertos antirretrovirales tales como la zalcitabina o ddC, requiriéndose en ocasiones discontinuar el medicamento para la resolución de las úlceras. Cuando se trata de aftas idiopáticas, éstas se tratan de manera similar a las aftas orofaríngeas.

Los síntomas gástricos como las náuseas, vómitos y saciedad son frecuentes y generalmente debidos a efectos secundarios de los medicamentos. El sangrado gástrico puede ser debido a lesiones de sarcoma de Kaposi o linfoma. Causas no relacionadas con el VIH también son comunes y su presentación es similar a la presentación en los pacientes no infectados por el VIH.

La enfermedad hepatobiliar puede ser debida a enfermedades intercurrentes tales como la hepatitis B o la hepatitis C. Afecciones típicas en pacientes con VIH incluyen la colangitis esclerosante cuyas manifestaciones clínicas en estos pacientes son similares a la colangitis observada en pacientes no inmunosuprimidos. La etiología es variada y en la mayoría de los casos es causada por agentes oportunistas tales como *cryptosporidium*, *microsporidia* o citomegalovirus. El diagnóstico definitivo generalmente requiere estudios invasivos y biopsia. La colecistitis acalculosa también ha sido descrita en pacientes con VIH y es debida principalmente a citomegalovirus o *cryptosporidium*. Esta se manifiesta comúnmente con dolor en el hipocondrio derecho y elevación de las transaminasas. La cirugía puede ser necesaria para la resolución de los síntomas. Los granulomas hepáticos secundarios a MTB o MAI pueden ser causa de fiebre prolongada y anormalidades de la función hepática. La peliosis hepática secundaria a angiomatosis bacilar debida a infección por *rochallimaea* es frecuentemente diagnosticada por biopsia de las lesiones de piel, las cuales coexisten en la mayoría de los casos. Esta entidad, como la mayoría de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH, requiere supresión de por vida con antimicrobianos.

La esteatosis hepática, que puede cursar con falla hepática fulminante, es una entidad fatal temida, afortunadamente no muy frecuente, que se ha atribuido al uso de los antirretrovirales; siendo más frecuente en mujeres con sobrepeso y con enfermedad por el VIH no muy avanzada.

Previo al advenimiento de los potentes antirretrovirales, un 30% de los pacientes con VIH se presentaban con diarrea. Esta en su mayoría era de índole crónica causando el síndrome

de desgaste que ya no vemos con tanta frecuencia en los países en desarrollo. Las diarreas pueden ser de tipo secretora o inflamatoria. Las diarreas de índole secretora son generalmente causadas por cryptosporidium, microspora, isospora, cyclospora o por micobacterias. Las diarreas inflamatorias son como regla general debidas a infecciones por citomegalovirus o secundarias a infecciones por bacterias adherentes. El cryptosporidium y la cyclospora han ocasionado brotes epidémicos, vinculados a agua contaminada.

El plan de trabajo para las diarreas, cualquiera que sea su tipo u origen, deberá incluir como mínimo exámenes de heces seriados para estudio parasitológico, incluyendo tinciones para bacilos ácido alcohol resistentes para la identificación de micobacterias y modificaciones de estas tinciones para el diagnóstico de diarreas causadas por cryptosporidium, isospora o cyclospora. Igualmente deberán realizarse coprocultivos con técnicas especiales para el cultivo de yersinia, campylobacter y vibrio si la epidemiología del caso así lo sugiere. Estudios para identificación de la toxina del *clostridium difficile* son relevantes, ya que frecuentemente la diarrea vinculada a este organismo puede estar presente en los pacientes con SIDA aun en ausencia del uso de antibióticos. Los hemocultivos son de particular importancia en los pacientes con diarreas febriles, ya que con frecuencia infecciones causadas por *salmonella* producen bacteremia en estos pacientes. Si estos estudios preliminares no logran identificar el organismo causal de la diarrea deberá procederse con los estudios endoscópicos para biopsia diagnóstica. La prioridad de estos estudios la dictará el estado general del paciente, el grado de inmunosupresión, así como la aceptación de estudios invasivos por parte del paciente. El uso de ciertos antirretrovirales ha sido vinculado a diarreas, las cuales pueden ser persistentes pero responden al tratamiento sintomático y rara vez se acompañan de manifestaciones sistémicas.

Una de las consecuencias más devastadoras de las manifestaciones gastrointestinales en pacientes con el VIH es la pérdida de peso. Esta pérdida de peso puede verse con cualquiera de las infecciones oportunistas que frecuentemente afectan a estos pacientes. Ordinariamente la pérdida de peso es rápida y se acompaña de las manifestaciones clínicas usuales de la infección causal. Cuando se trata de entidades crónicas la pérdida de peso será más paulatina.

En la medida en que las afecciones gastrointestinales sean debidamente identificadas y tratadas, se ayudará a prevenir o revertir rápidamente la pérdida de peso sin necesidad de recurrir a estimulantes del apetito o al uso de anabolizantes.

Cuando enfocamos al paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana que se presenta con manifestaciones gastrointestinales, es imperioso recordar que cualquier patógeno puede ser el agente causal, que múltiples agentes etiológicos pueden estar presentes, que deben considerarse patógenos comunes en nuevos sitios y patógenos nuevos en sitios comunes y que no todos los problemas son debidos al VIH. El clínico debe ser agresivo y persistente y recordar que las fallas terapéuticas y las recaídas son frecuentes. En la medida que se trate adecuadamente la infección por el VIH y se prevenga la progresión de la enfermedad y la inmunosupresión subsecuente, se prevendrán las infecciones oportunistas, aquellas que afectan al tracto gastrointestinal.