

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: introducción y epidemiología¹

DANIEL M. BECKER²

El brote de SIDA (o AIDS) que actualmente afecta diversas regiones de los Estados Unidos, Europa, el Caribe y posiblemente Africa, no tiene precedentes. Aunque muchas de las infecciones oportunistas que complican el síndrome son usualmente complicaciones de otras entidades inmunosupresoras, algunas de estas infecciones son exclusivas de los pacientes que sufren de SIDA. Aunque ha sido conocido por décadas el hecho de que existen enfermedades que suprimen el sistema de inmunidad, la especificidad del efecto inmunológico y el particular tipo de vulnerabilidad son únicos. El que este defecto inmuno-específico pueda llevar a una gran variedad de neoplasias malignas y a una miríada de infecciones oportunistas, es una importante llave de acceso a las etiologías de estos tumores malignos y al intrincado sistema inmuno-defensor.

Antes de describir la epidemiología de este brote, deberíamos tratar de describir el síndrome. Teniendo en cuenta que la causa verdadera no es aún conocida, sólo daremos una sencilla definición operacional. El diagnóstico se hace en la presencia del sarcoma de Kaposi, una cualquiera de las variedades de infecciones oportunistas y la ausencia de factores inmunosupresores conocidos. Con esta clase de definición, estamos en capacidad de localizar la "punta" del Iceberg que es el SIDA. Probablemente exista un amplio espectro de síndromes de inmunodeficiencia adquirida que

incluya enfermedades menos letales y sorprendentes. Ejemplos de entidades menos extremas y que parecen formar parte del fenómeno SIDA son: púrpura trombocitopénica idiopática en hombres homosexuales, síndrome de linfadenopatía inexplicable de los homosexuales, otras neoplasias malignas incluyendo linfomas, defectos inmunológicos pasajeros, clínicamente silenciosos, y los estados de portador asintomático.

En vista de que estamos enfrentando una epidemia, la discusión detallada de esta enfermedad debe iniciarse con una descripción de sus caracteres epidemiológicos.

Muchas de las respuestas epidemiológicas básicas aún no tienen respuesta: ¿Es contagiosa?; ¿Cuál es el período de incubación?; ¿Cómo se transmite?; ¿En qué momento se torna contagiosa? Para revisar la epidemiología de la entidad, viene a cuento un poco de historia.

En junio de 1981 un reporte originado en Los Angeles, California, describía cinco (5) homosexuales masculinos con neumonía por *Pneumocystis carinii* y moniliasis (candidiasis) esofágica. Parecía que los homosexuales masculinos eran susceptibles a otra de esas infecciones pocas usuales. A diferencia de la sífilis, gonorrea, herpes genital, amebiasis, giardiasis, hepatitis, citomegalovirus, etc., la neumonía por *Neumocystis carinii* parecía única en el hecho de que no demostraba haber tenido una ruta venérea/oral de transmisión. En julio de 1981, poco menos de un mes después, investigadores de New York, reportaron 26 casos de sarcoma de Kaposi entre homosexuales hombres en el período de los 30 meses anteriores.

En esos momentos, el sarcoma de Kaposi era una enfermedad muy extraña en los Estados Unidos. Usualmente comprometía hombre mayores

1. Traducción libre por Wolfgang Munar de la primera parte de la conferencia "Acquired immunodeficiency syndrome" en el I Congreso Interamericano de Infectología. Barranquilla, Octubre 6 - 8, 1983.

2. M.D. Departamento de Medicina. University of Miami, Miami, Florida.

y afectaba principalmente la piel, con un curso indolente.

En contraste, los casos de los homosexuales presentaban una forma muy agresiva de sarcoma visceral. Previamente, la forma visceral del sarcoma había sido descrita en muy pocos casos en los Estados Unidos y sólo en pacientes que habían recibido un trasplante renal y drogas inmunosupresoras. Era igualmente conocido que en el Africa Ecuatorial, los niños podían desarrollar un tipo agresivo de Kaposi visceral. Con estos reportes, se tornó aparente que los homosexuales estaban en riesgo frente a unas pocas, diversas y extrañas enfermedades. El asombroso espectro de infecciones oportunistas y la alta prevalencia de esta enfermedad eran, en esos momentos, inimaginables.

Durante este último período, en Miami, los clínicos de la University of Miami School of Medicine, habían estado enfrentándose al dilema planteado por haitianos admitidos al Jackson Memorial Hospital con extrañas enfermedades.

Estos pacientes eran, en su mayoría, inmigrantes recientes de Haití. Aunque ejercíamos en Miami, en el subtrópico, no estábamos acostumbrados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades tropicales infecciosas. El diagnóstico diferencial de un paciente haitiano con fiebre y linfadenopatía incluiría tuberculosis, sífilis secundaria, dengue, brucelosis, fiebre tifoidea, filariasis y una gran variedad de infecciones. La investigación clínica de estos pacientes haitianos parecía lenta y embarazosa. Muchos resultaron con tuberculosis, principalmente en su forma diseminada. Algunos pacientes desarrollaron severos problemas a nivel del sistema nervioso central. Los haitianos que pensábamos tenían tuberculosis, entraron en coma y murieron, pese a los antimicrobianos de amplio espectro usados, incluyendo drogas antituberculosas específicas.

En estos pacientes fue posible observar, como hallazgo común en cortes de tomografía axial computarizada, lesiones anulares agrandadas en el cerebro.

Esta serie de hechos fue aclarada cuando uno de estos pacientes llegó a la sala de autopsias. Nuestros patólogos pudieron identificar los taquizoítos, diagnóstico de *Toxoplasmosis encefálica*. Los patólogos fueron de mucha ayuda en otro he-

cho. A un haitiano con *linfadenopatía difusa* se le hizo la autopsia después de una hospitalización durante la cual se empeoró rápidamente. El examen postmortem reveló sarcoma de Kaposi visceral difuso. Con estos hallazgos patológicos para reforzar nuestra confianza, pudimos considerar seriamente la posibilidad de que nuestros pacientes haitianos tuvieran una afección similar a la recientemente descrita en homosexuales hombres.

Así, pues, lentamente comprendimos que los haitianos eran, por alguna razón, susceptibles al SIDA. Se inició un estudio clínico muy sencillo, pero bastante productivo. Empezamos una búsqueda retrospectiva y prospectiva de haitianos con este defecto inmunológico adquirido. Sabiendo, aunque de manera vaga, a qué nos enfrentábamos, nuestros pacientes haitianos se volvieron menos confusos, pero no por ello menos dificultosos.

Fue relativamente fácil encontrar pacientes que llenaran los signos diagnósticos del SIDA. Como los haitianos habían llegado de su país, dos investigadores de la Universidad de Miami, viajaron allá para confirmar la presencia del SIDA. Once (11) casos de infecciones oportunistas inexplicables fueron identificados en Port-au-Prince, Haití. Catorce (14) casos de sarcoma de Kaposi invasor fueron detectados en hombres jóvenes. Con estos hallazgos en Miami y Haití, produjimos el siguiente cuadro epidemiológico de los haitianos con SIDA: edad media 30 años; principalmente hombres; mortalidad cercana al 100%; ausencia de evidencia de homosexualismo o uso parenteral de drogas; originarios de las provincias haitianas; ausencia de contactos con otros haitianos con SIDA; poca práctica del vudú y poco uso de hierbas medicinales. Los hallazgos clínicos incluían síntomas tales como pérdida de peso, malestar general, fiebre, tuberculosis diseminada, infecciones oportunistas múltiples, incidencia elevada toxoplasmosis encefálica, comparables a los de otros grupos de pacientes con SIDA y parámetros serológicos e inmunológicos idénticos a otros pacientes con SIDA.

Mientras se acumulaba la evidencia de que los haitianos presentaban alto riesgo para desarrollar SIDA ocurrían, otros descubrimientos epidemiológicos en los Estados Unidos. En Los Angeles, California, un grupo de SIDA (un "cluster") entre hombres homosexuales fue cuidadosamente

estudiado y se hicieron deducciones sobre la distribución del síndrome.

Mediante la determinación de cuándo y con quién habían tenido contacto sexual estos pacientes, fue posible estimar un período de incubación de 9 a 20 meses. La primera descripción de un niño con SIDA fue reveladora. Este infante desarrolló una entidad similar al SIDA a los 20 meses de haber recibido productos hemáticos durante el período neonatal inmediato. Uno de los donantes había sido un homosexual que posteriormente desarrolló SIDA. Al momento de donar sangre este individuo era asintomático. Este caso sugiere tanto una incubación prolongada así como el estado de portador asintomático en el SIDA. Se ha descrito otros niños con enfermedades similares al SIDA. Uniformemente, han nacido de madres que pertenecen a grupos de alto riesgo para SIDA. Se considera que estos niños han adquirido la enfermedad transplacentariamente. El SIDA fue descrito en varios pacientes con severa hemofilia que recibieron transfusiones frecuentes de concentrado del Factor VIII. Farmacodependientes que se inyectaban endovenosamente, incluyendo prisioneros, probaron ser de alto riesgo para desarrollar el síndrome. Los contactos sexuales de algunos de estos grupos de alto riesgo también desarrollaron SIDA. El patrón epidemiológico emergente es muy similar al presentado por la hepatitis B en cuanto a su diseminación. La exposición parecía seguir una ruta parenteral (farmacodependientes, transfusiones) ó venéreas.

No está claro como encajan lo haitianos en este rompecabezas. Como las demás víctimas del SIDA, tienen una alta prevalencia de infección anterior de hepatitis B, lo que sugiere una significativa exposición oral/fecal.

Aunque la tasa de prevalencia de hepatitis B en Haití es mayor que en los Estados Unidos, el hecho de proceder de un país subdesarrollado no

explica el fenómeno de SIDA de los haitianos. Es posible que las historias sobre prácticas homosexuales y abuso de drogas, como datos obtenidos de los pacientes haitianos, sean poco confiables. Es también posible que el brote haitiano esté relacionado de alguna manera con el fenómeno del sarcoma de Kaposi de los niños africanos.

Una intrigante y última clave para la solución de este crucigrama epidemiológico fue el descubrimiento de que muchos pacientes de SIDA estaban infectados con el virus de la leucemia humana de linfocitos T (HTLV).

Dos tipos de virus se han asociado con dos diferentes y extrañas formas de leucemia: "Hairy cell leukemia" y leucemia de células T adultas de linfoma. Pueden ser medidos, los anticuerpos al HTLV. En estudios preliminares han sido determinados en aproximadamente el 25% de los pacientes con SIDA. Los controles en el estudio rara vez tienen tal anticuerpo. Es demasiado temprano para concluir que el HTLV tiene un rol epidemiológico en el SIDA. En realidad, podría ser otra infección oportunista. Esta es, desde luego, una interesante área para posterior investigación.

La epidemiología de SIDA puede ser rápidamente resumida en los siguientes términos:

1. La presente epidemia es debida a un agente infeccioso, probablemente un virus.
2. La transmisión de este agente es por vía parenteral, venérea u oral/fecal (similar a la hepatitis B).
3. El período de incubación es largo, de aproximadamente 9 - 22 meses.
4. Existen portadores crónicos asintomáticos y son contagiosos.
5. Los grupos de alto riesgo identificados son los homosexuales activos, farmacodependientes que usan drogas parenterales, haitianos, contactos sexuales de estos grupos y los recién nacidos de madres con alto riesgo.