
SIDA y el cirujano

CARLOS H. MORALES

En este artículo se hace énfasis en algunos aspectos quirúrgicos del SIDA tales como el papel del cirujano en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones. Además se presentan datos sobre 12 pacientes con el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, observados entre 1985 y 1990 en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, quienes requirieron alguna Intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

SIDA
ASPECTOS QUIRURGICOS DEL SIDA

INTRODUCCION

El creciente número de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) compromete cada vez más a los cirujanos en su diagnóstico y tratamiento. Por ello deben conocer aspectos como la etiología, las formas de transmisión incluyendo el riesgo que plantea la transfusión de sangre contaminada, los métodos de diagnóstico, las manifestaciones clínico quirúrgicas, el riesgo ocupacional y las medidas universales de protección.

En este artículo se comentan diversos aspectos quirúrgicos del SIDA y se reportan datos de 12

pacientes con esta enfermedad que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los años 1985-1990.

ASPECTOS QUIRURGICOS EN EL PACIENTE CON SIDA

El papel del cirujano en el manejo de los pacientes con SIDA, crónica y críticamente enfermos, incluye realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y atender las complicaciones de los procesos infecciosos o malignos (1).

CUELLO

La gran concentración de tejido linfático en el cuello hace que éste sea de especial interés para el cirujano. Hay que considerar la posibilidad de infección por VIH en todo individuo con factores de riesgo para ella y linfadenopatía generalizada. A los cirujanos se les plantea cada vez con mayor frecuencia la necesidad de hacer biopsia de ganglios linfáticos en individuos con linfadenopatía y anticuerpos contra el retrovirus (2). Los partidarios de la biopsia afirman que el diagnóstico histopatológico y microbiológico

DOCTOR CARLOS H. MORALES, Profesor Asistente, Sección de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Cirujano, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

aporta indicadores útiles de otros cuadros que pueden coincidir con el SIDA; artículos recientes concluyen, sin embargo, que los individuos con seropositividad contra el VIH y linfadenopatía generalizada no deben ser sometidos a biopsia abierta excepto si existe fuerte sospecha de otro cuadro como infección o linfoma (3). A las muestras obtenidas se les deben practicar cultivos para bacterias corrientes, micobacterias, hongos y virus y hacerles estudio histopatológico convencional y de marcadores tumorales.

TORAX

Ha disminuido la importancia de la cirugía para propósitos diagnósticos en casos de patología torácica dados los buenos resultados obtenidos mediante la endoscopia; como tratamiento, los procedimientos quirúrgicos se reservan para las complicaciones pleurales (decorticaciones) y tienen algún papel en la resección de lesiones activas localizadas (3).

ABDOMEN

Los pacientes con SIDA sufren infecciones oportunistas, infrecuentes en la población general, que pueden producir síntomas abdominales; éstos corresponden usualmente a enfermedades médicas tratables de modo conservador pero a veces ocurren síndromes serios de dolor abdominal agudo, cuyo diagnóstico diferencial se dificulta porque los síntomas y los hallazgos difieren de los presentes en personas inmunocompetentes (4).

Además de las neoplasias la gama de agentes que producen dolor abdominal en pacientes con SIDA abarca virus, bacterias, hongos y protozoos (5). El citomegalovirus (CMV) es el agente reportado con mayor frecuencia como causa de dolor abdominal quirúrgico en estos individuos; su mecanismo patogénico parece ser la producción de una vasculitis que lleva a ulceración; puede ser también causa de sangrado gastrointestinal masivo o, más comúnmente, crónico; produce, además, colecistitis, hepatitis, pancreatitis y otros cuadros.

El sarcoma de Kaposi también ha sido implicado en el amplio espectro de las enfermedades abdominales agudas en pacientes con SIDA (6,7).

Con frecuencia los pacientes con SIDA presentan diarrea, usualmente infecciosa, que cursa con dolor abdominal o padecen síndrome de mala absorción sin infección. El dolor abdominal se debe diferenciar del debido a otras causas, entre ellas las masas intraabdominales.

Hay que examinar cuidadosamente la piel porque 40-50% de los pacientes con lesiones en ella o con nódulos de sarcoma de Kaposi tienen también compromiso gastrointestinal.

A menudo los pacientes con SIDA tienen fiebre; si la temperatura es mayor de 38.5°C se deben tomar hemocultivos; en caso de hallar gérmenes entéricos cabe pensar en una catástrofe abdominal.

Un dolor rectal severo por proctitis herpética puede causar un falso abdomen agudo; de ahí la necesidad de examinar detalladamente el recto.

El leucograma puede ser de gran valor; dado que el paciente con SIDA usualmente es leucopénico, un recuento normal de glóbulos blancos en uno de estos pacientes, que esté febril, sugiere un proceso infeccioso.

Hay que tener presente que las infecciones por CMV, *Cryptosporidium* y Virus de la hepatitis B producen elevación de las aminotransferasas y que pueden hallarse elevadas las fosfatasas alcalinas, aún sin obstrucción biliar, en pacientes con infección por el primero de estos agentes.

En el estudio de los cuadros de abdomen agudo en pacientes con SIDA las imágenes diagnósticas tienen las mismas indicaciones e igual valor que en los pacientes inmunocompetentes (4,6).

Los síndromes abdominales que comúnmente presentan los pacientes con SIDA son: la enterocolitis y la perforación, la obstrucción y el sangrado intestinales.

La enterocolitis es la causa más común de dolor abdominal; frecuentemente se asocia a diarrea; debe evaluarse con coprocultivo y, en caso negativo, practicar una rectosigmoidoscopia con biopsias para cultivos. Esta enfermedad la producen distintos agentes: bacterias, virus y hongos y puede progresar a la perforación y la intususcepción; si el paciente se opera en una fase no complicada se debe tomar biopsia de ganglios mesentéricos. A diferencia de los pacientes inmunocompetentes la intususcepción por enteritis puede ser tratada conservadoramente.

El germen más comúnmente causal de perforación intestinal con peritonitis consecuente es el CMV.

TABLA N° 1

PATOLOGIA QUIRURGICA EN PACIENTES CON SIDA (HUSVP 1985-1990)

EDAD	SEXO	AÑO DE ATENCION	PROCEDIMIENTO REALIZADO
32	M	1985	Laparotomía exploradora. Adenopatías retroperitoneales
36	M	1987	Osteosíntesis por fracturas de cúbito y radio
32	F	1987	Decorticación. Paquipleuritis tuberculosa
20	M	1988	Biopsia. Pericarditis tuberculosa
20	M	1988	Fasciotomía. Síndrome compartimental
27	M	1988	Toracostomía. Derrame pleural
26	M	1989	Osteosíntesis por fracturas de tibia y peroné
29	M	1990	Osteosíntesis por fracturas de cúbito y radio
23	M	1990	Craneotomía. Absceso cerebral
48	M	1990	Craneotomía. Empiema subdural
61	M	1990	Adenomectomía de próstata
28	F	1990	Toracotomía. Biopsia de pulmón. Micosis pulmonar

En la Tabla N°1 se presentan algunos datos de estos enfermos.

La obstrucción se debe a invasión de la pared intestinal o a compresión extrínseca por grandes masas retroperitoneales.

El sangrado gastrointestinal es más frecuentemente crónico que agudo y se debe a sarcoma de Kaposi o a infección por CMV. Se han reportado casos de sangrado masivo secundario a divertículos de Meckel.

Aproximadamente 4% de los pacientes con SIDA requieren cirugía abdominal urgente (4,8).

Hay que individualizar el papel de la esplenectomía en un paciente con esplenomegalia marcada o con trombocitopenia. La esplenectomía puede estar indicada en casos en que el bazo, gigantesco, produzca síntomas de compresión y se ha observado mejoría en pacientes con abscesos esplénicos y en los que tienen esplenomegalia, anemia y trombocitopenia (9).

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Entre 1985 y 1990 se hospitalizaron en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, 79 pacientes con SIDA. Doce de ellos (14%) fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico para propósitos diagnósticos o terapéuticos relacionados o no con su enfermedad de base.

SUMMARY

AIDS AND THE SURGEON

In this paper emphasis is given to some surgical aspects of AIDS' patients such as the role of the surgeon in the diagnosis and treatment of the syndrome and its complications. Besides, information is presented on 12 patients with AIDS who underwent surgical procedures, at San Vicente de Paul University Hospital, in Medellín, Colombia, between 1985 and 1990.

BIBLIOGRAFIA

1. LIPSETT P, ALLO M. AIDS and the surgeon. *Surg Clin N Am* 1988; 68: 73-78.
2. DAVIS JM, MOURADIAN J, FERNANDEZ R, et al. Acquired Immune Deficiency Syndrome. A surgical perspective. *Arch Surg* 1984; 119: 90-95.
3. DAVIS JM. Acquired Immunodeficiency Syndrome. In: WILMORE DW, BRENNAN MF, HARKEN AH, HOLCROFT JW, MARKINS JL, eds. *Care of the surgical patient*. New York: Scientific American, V 2. 12: 1-12

4. KATZ MH, FRENCH DM. AIDS and the acute abdomen. *Emerg Med Clin N Am* 1989; 7: 575-589.

5. POTTER DA, DANFORTH DN, MACHER AM, et al. Evaluation of abdominal pain in the AIDS patients. *Ann Surg* 1984; 199 (3): 332-339.

6. BARONEE JE, GINGOLD BS, NEALON TF. Abdominal pain in patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Ann Surg* 1986; 204: 619-623.

7. NUGENT P, O'CONNELL TX. The surgeon's role in treating Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arch Surg* 1986; 121: 1117-1120.

8. WILSON SE, WILLIAMS RA, STABILE BE, et al. Acquired Immune Deficiency Syndrome. Indications for abdominal surgery, pathology and outcome. *Ann Surg* 1989; 210: 428-434.

9. MATHEW A, RAVIGLIONE MC, NIRANJAN U, et al. Splenectomy in patients with AIDS. *Am J Hematol* 1989; 32: 184-189.

DIAPPOSITIVAS

DE EXCELENTE CALIDAD

DISEÑO, FOTOGRAFIA Y REVELADO

TODO UN SERVICIO A SU ALCANCE

INFORMES:



☎ Teléfono

248 47 84

Calle 36 No. 77 - 78 - MEDELLIN