

11227

30
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
 SECRETARIA DE SALUD
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

SECRETARIA DE SALUD

SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

DR. JOSE IGNACIO RODOLFO LUNA LUNA

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

FEBRE

1993

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

ESTUDIO CLINICO, EPIDEMIOLOGICO Y SOCIAL DE DOS CASOS

DR. JOSE I. RODOLFO LUNA LUNA.

I N T R O D U C C I O N

En los últimos cinco años el mundo ha sido testigo del surgimiento y difusión de un nuevo síndrome, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. El agente etiológico, un retrovirus tipo III o virus de inmuno deficiencia humana infecta casi selectivamente la subpoblación de linfocitos T4 "helper" (ayuda inductor) y otras células, originando daño inmune.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue descrito por Montagnier en 1983 en el Instituto Pasteur de Francia en el ganglio de un homosexual con linfadenopatía, al cual llamaron virus asociado a linfadenopatía. Un año después, Robert C. Gallo del Instituto Nacional del Cáncer, en Estados Unidos, identificó un retrovirus a partir de un cultivo de linfocitos de un paciente con SIDA, al cual llamaron virus linfotrópico T humano tipo III.

Al poco tiempo Levy y colaboradores en San Francisco, Cal., Estados Unidos encontraron un virus en un caso de PRE-SIDA, al cual dieron el nombre de -ARV (virus relacionado al AIDS).

En 1979 Robert C. Gallo descubrió que la leucemia de células T humana era producida por un retrovirus (VLTH-I) y años antes se encontró que el virus de la leucemia felina infectaba células T produciendo tanto inmunodeficiencia como producción y proliferación neoplásica (fig. 1).

Con estos antecedentes, se intentó asociar el virus de la leucemia de células T con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Sin embargo, no encontraron tal asociación puesto que son distintos retrovirus.

Actualmente se sabe que el VLTH-I, el tipo II y el tipo III muestran linfotropismo T helper (ver Fig. 2) tanto in vitro como in vivo, es por lo tanto una extraordinaria coincidencia.

OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es de informar los casos de 2 sujetos homosexuales con SIDA, uno de ellos local, y presentan un estudio clínico, epidemiológico y social.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron los casos de dos pacientes con SIDA, de los cuales -- dos habfan adquirido la enfermedad en el Valle de Mexicali y el otro caso fue importado de los Estados Unidos.

Para detectar anticuerpos antivirales de inmunodeficiencia se utilizó la prueba de ELISA.

INFORME DE CASOS.

CASO No 1.

Masculino de 29 años de edad, soltero, originario de Guadalajara, Jal. - residía en Los Angeles, Calif. desde los 14 años, mismo domicilio que - compartía con sus padres, un hermano, la esposa de éste y tres sobrinos de 15, 12 y 10 años respectivamente. Fué deportado de los Estados Uni-- dos dos meses antes de su ingreso, en donde posteriormente vive en Mexi-- cali, sin domicilio fijo en la ciudad hasta ingresar al hospital.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

No existen antecedentes de importancia para el caso del paciente.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Originario de Guadalajara, Jal. y residente de forma ilegal en Los Ange-- les, Calif. desde los 15 años, donde realizó diversos trabajos en el ra-- mo de los restaurantes, mismo que ejerció hasta su deportación. Tabaquis-- mo positivo desde los 15 años con un promedio de 2 cigarrillos al día, - durante tres años; alcoholismo positivo desde los 18 años llegando a la embriaguez cada semana; toxicomanías a base de marihuana y en muy conta-- das ocasiones con inyección de heroína, como antecedente importante ser homosexual activo desde los 16 años de edad, con dos compañeros sexua-- les de base, los cuales eran aparentemente sanos pero promiscuos, con-- tactos homosexuales en gran número con diversos amigos ocasionales, des-- conociendo el estado de salud real de éstos. Niega hipersensibilidades, transfusiones y abuso de drogas intravenosas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Padeció de enfermedad venérea hace 8 años (sífilis) siendo tratado a ba-- se de penicilina en dos ocasiones, siendo controlado a los 15 días y da-- do de alta asintomático. Posteriormente, dos años después un cuadro de uretritis gonorréica, llevando nuevamente tratamiento a base de penici-- lina. Hace cuatro años presenta cuadro febril acompañado de gran pérdi-- da de peso, síndrome de ataque al estado general, con astenia, adinamia, hiporexia y un síndrome catabólico, requiriendo hospitalización por un-- mes y tratado a base de cama de hielo y otros medicamentos no especifi-- cados.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inició su padecimiento actual hace dos meses, presentando rinorrea hialina, acompañada de cuadro aparentemente catarral, disnea de grandes esfuerzos siendo ésta progresiva y llegar hasta ser de mínimos esfuerzos; ataque al estado general con astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso de forma muy importante desde el inicio de su padecimiento; tos en accesos de mediana frecuencia, con expectoración blanquecina, no cianozante ni hemetizante. Hipertermia no cuantificada de dos meses de evolución de predominio en la madrugada. Cuadro diarreico de 15 días de evolución, líquidas, de color café claro en número de 4-5 al día, no pujo, sin tenesmo, sin sangre, estas características las presenta por una semana para alternar con periodos de asintomático.

EXPLORACION FISICA.

TA 100/60 mm de Hg, FC de 90X', Temp. 38°C, FR de 22X'. Masculino de edad aparente mayor a la cronológica con gran ataque al estado general, inquieto, con datos de dificultad respiratoria moderada, fascie hipocrática, orientado en las tres esferas y con cierta tendencia a la somnolencia, poco cooperador. Conjuntivas pálidas +++ de +++, escleróticas con tinte subictérico, pupilas normales, fondo de ojo normal, narinas con presencia de secreción hialina en mediana cantidad, datos de mala hidratación, lengua saburral, orofaringe hiperémica y presencia de abundante secreción mucopurulenta en la pared posterior; hipertrofia de amígdalas grado I y con cierto grado de hiperemia. Cuello se palpan adenomegalias submaxilar, preyugular, postyugular, de ambos lados, móviles y no dolorosas, de consistencia semidura y no adheridas a planos profundos. Adenomegalias en ambos huecos axilares con las mismas características antes descritas y en región supraclavicular izquierda. Campos pulmonares con estertores subcrepitantes en ambas bases pero de predominio izquierdo, sin concretar ningún síndrome pleuropulmonar. Ruidos cardiacos normales. Abdomen en batea con resistencia voluntaria a la palpación dolor en región del epigastrio e hipocondrio derecho, peristalsis aumentada de frecuencia. Adenomegalias en ambas regiones inguinales, no dolorosas. Genitales normales. Condilomas planos en región perianal, extremidades adelgazadas, y con buena movilidad.

En piel se encontró lo siguiente, presencia de nódulos eritematosos a nivel de porciones costales anterolaterales bajas en número de dos, por encima de ambos rebordes costales, otro nódulo eritematoso de similares características a nivel de la prominencia de clavícula izquierda, dichos nódulos indurados todos con rebordes irregulares, bien delimitados, --- no dolorosos, siendo el mayor de 3 cms de diámetro.

LABORATORIO.- En la biometría hemática con una Hb de 10.2 y Hto de --- 45%, leucos de 4 700, linfocitos de 15%, monocitos 11%, eosinófilos 2%. segmentados 69%, bandas 3%, plaquetas normales, vacuolización de los -- neutrófilos +, granulación tóxica de los neutrófilos ++. Se tomó --- biopsia de lesión vascular cutánea, no siendo diagnóstica ésta. Los-- anticuerpos anti HLVT-III fueron positivos.

La radiografía del tórax a! ingreso mostró neumonitis intersticial.

MANEJO.- Se manejó con soluterapia a requerimiento, ketoconazole 200 -- mgs cada 12 hrs, bactrim 2 tabletas cada 6 hrs vía oral; nistatina dos-- goteros cada 6 hrs; dieta hiperproteica, medidas generales de sostén y-- técnica de aislamiento estricto.

EVOLUCION.- En los primeros días respondió favorablemente tanto cí--- nica como de la afección pulmonar y problema de micos bucal controlado, la siguiente biometría hemática mostró una linfopenia más severa del--- 2% volviendo a aparecer nuevamente ataque al estado general, continuando con somnolencia estupor, sin aceptar la dieta, finalmente falleció. Dos-- meses en el hospital. No se efectuó autopsia.

ESTUDIO SOCIAL.

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR.

Padre de 70 años que vive actualmente en Guadalajara con una de sus hijas. Madre de 61 años, vive en Los Angeles, Calif., desempeña labores - domésticas, con ingresos mensuales económicos variables.

Familia compuesta por 14 miembros incluyendo paciente y padres, origina

rios de Guadalajara. Jal. radicando la mayor parte de la familia en Estados Unidos en calidad de indocumentados.

Según refiere la madre que los antecedentes familiares han sido problemáticos en cuanto a las relaciones entre padres e hijos, por irresponsabilidad del padre, ser bebedor y maltrato a sus hijos desde pequeña edad, ocasionando distanciamiento entre los familiares. Dada la situación la madre e hijos desempeñan diferentes actividades para solventar los gastos de la casa de índole primordial. A consecuencia de la creciente desorganización familiar, los miembros de la familia fueron separándose a temprana edad.

ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE DENTRO Y FUERA DEL NUCLEO-FAMILIAR.

La madre y hermana informan que el paciente desde pequeño tenía ciertas inclinaciones propias del sexo opuesto, adoptando así conductas femeninas. La familia dándose cuenta de la situación no lo aceptaba, pero -- aún así, reñían con él, lo discriminaban y marginaban constantemente, debido a su comportamiento. Durante la adolescencia se desarrolló en un ambiente de vagancia, no interesándose en ir a la escuela teniendo estudios incompletos de la primaria.

Al separarse definitivamente de la familia no se enteraron que tipo de actividades llevaba, ni donde vivía, confiando en una hermana mostró su inclinación al mismo sexo y en algunas ocasiones con el uso de drogas.

DIAGNOSTICO SOCIAL.

Paciente joven, soltero, perteneciente a una familia completamente desorganizada, con una problemática económica y familiar bastante acentuada, siendo uno de los principales factores que aparentemente originaron el problema teniendo ésto sus posteriores consecuencias.

caso No 2.

Masculino de 54 años de edad, originario y residente de Mexicali, BCN.- bisexual desde los 18 años de edad y dedicado a trabajar en un Restau-- rant. El motivo de ingreso es por presentar anorexia crónica y disminu-- ción importante de peso, acompañado de ataque al estado general con --- pérdida de peso, cuadros diarreicos de 2 meses de evolución alternando con periodos de mejoría. y cuadros gripales frecuentes.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, Padre fallecido de Ca prostático a los - 97 años, un hermano fallecido de Ca gástrico, 17 hermanos, de los cua-- les sólo viveuno, los demás muertos por enfermedades de la infancia, al-- gunos y otros por causas diferentes que no tienen relación con el pade-- cimiento actual del paciente. No existen otros factores de importancia. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS. Originario del Valle de Mexica-- li, residiendo siempre en el mismo sitio, es empleado de un Restaurant. Niega antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, al igual que anteceden-- tes de toxicomanías.. No hay antecedentes transfusionales, alérgicos,-- ni hospitalizaciones previas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS. Desde un año a la fecha estaba -- siendo tratado por presentar sintomatología de un cuadro de diarrea de dos meses de evolución, síndrome anémico y alteraciones en el habitus - del apetito con anorexia marcada. Se le efectuaron exámenes armados -- del tipo de Serie Esofagogástricoduodenal, siendo estos resultados neg-- gativos, así como las pruebas para tratar de demostrar un síndrome de - absorción deficiente. Se le trató dos meses antes como un cuadro de -- parasitosis intestinal, no cambiando la evolución de su ataque a] esta-- do general.

Refiere ser bisexual, teniendo relaciones homosexuales pasivas desde -- los 18 años, habiendo tenido solamente 8 compañeros sexuales, y siendo-- éstos amigos ocasionales y las relaciones con periodicidad de cada 15 -- días, siempre han sido mexicanos, no habiendo datos de haber sido extran-- jeros, siendo su última relación tres años antes del inicio de su cua-- dro.

MOTIVO DE INGRESO. Presenta un cuadro de ataque al estado general con - pérdida de peso acompañada de fiebre, astenia adinamia, calosfríos con-- cuadros diarreicos y gripales, llevando tratamiento médico no especifi-- cado

Hace 5 años el paciente pesaba 105 Kgs, empezando a perder el apetito - hace dos años, conllevando con ello ataque al estado general, con as--
tencia, adinamia,, 6 meses después pesaba 95 Kgs, hace 6 meses 54 Kgs y -
al momento de su ingreso pesaba 49 Kgs. acompañándose de fatigibilidad-
extrema con datos de un síndrome anémico, (astenia, disnea progresiva,
palidez, cabello fácilmente desprendible, etc..). Desde hace dos años a
la fecha cuadros gripales cada mes con duración de dos o tres días y -
rinorrea hialina. Calosfríos con el mismo tiempo de evolución de predomi-
nio vespertino, no lo refiere como fiebre. Un año antes se le diagnos-
ticó anemia para lo que le fue tratada, repitiendo el mismo tratamiento
6 meses después. Cuadros de diarrea desde hace tres semanas con inter-
valos de una semana con duración de dos a tres días, con moco, sin ----
sangre, no pujo pero si tenesmo. Niega otra sintomatología.

Explotación física.- Masculino de edad aparente mayor a la cronológica,
orientado en las tres esferas con gran ataque al estado general, postra-
do, sin movimientos anormales. Conjuntivas pálidas, buen estado de hidra-
tación, cuello sin adenomegalias. Tórax normal, abdomen blando depresi-
ble, sin visceromegalias. Genitales normales, disminución de la masa -
muscular de forma generalizada y de manera importante, no se encontraron
lesiones en la piel.

Sus signos vitales se encontraron con TA de 110/60 mm de Hg, Temp de --
36.5°C y FC de 100X'.

LABORATORIO

Biometría hemática con Hb de 7.8 grs, Hto. 25, eritrocitos 3 190 000 --
xmm³, leucocitos 6 400. Cuenta diferencial de 30% de linfocitos, monocí-
tos de 4%, eosinófilos 2%, segmentados 64%, encontrando linfocitos atí-
picos en un 6% y microcistocis marcada.

Dos días después otra biometría hemática revela una Hb de 8.1 con una-
leucopenia de 2500 y retis menos del 1%.

Se le tomó estudio para la búsqueda de HTLV-III/LAV siendo éste positi-
vo.

El manejo del paciente con aislamiento estricto y manejo de técnica ---
aislada. Medicamentos ácido nalidixico 500 mgs cada 6 hrs VO, Bactrim-
2 tabletas cada 12 hrs : Se transfundieron 500 cc de sangre total.

La BH del 9-II-87 mostró 4 100 leucos con 14% de linfocitos.

El 12 de Feb la Bh mostró 3 500 leucos, 13% de linfocitos.

En la biopsia de ganglio demostró una hiperplasia reactiva inespecífica.

La releradiografía de tórax fué interpretada como normal.

La médula ósea mostró hipoplasia medular con disminución de la serie --
blanca.

Las Pruebas Funcionales Hepáticas mostraron discreta elevación de las -
Transaminasas glutámico y oxalacética.

La búsqueda de BAAR fué negativa.

La evolución del paciente ha sido estacionaria, continuando hasta el mo
mento con un síndrome catabólico.



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD EN EL ESTADO

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

6-II-87

IDENTIFICACION: Caso Número 01

Nombre SR. NUÑEZ CASTRO VIDAL Diagnóstico SIDA

Domicilio RIO BALSAS No. 421 COL. SANTA ROSA MEXICALI B. C. Estado BAJA CALIF.

Ocupación EMPLEADO DE RESTAURAN Edad: 54 Sexo: Teléfono Exp.

Unidad Médica HOSPITAL GENERAL Ubicación: CENTRO CIVICO

Diagnosticado por dr(a) DR. ULISES MERCADO RODRIGUEZ, DR. LIBRADO REYES S. MEDICINA INTERNA.

DATOS DE LA ENFERMEDAD:

PROCEDENCIA DEL CASO: <u>MEXX</u> <small>Importado</small>	SIGNOS Y SINTOMAS	
Inicio del padecimiento <u>ENERO 19-85</u>	1.	
Notificación: <u>29-I-87</u>	2.	<u>POR RAZONES DE ESPACIO SE</u>
Inicio del estudio: <u>29-I-87</u>	3.	<u>DESCRIBE EN HOJA ANEXA</u>
Aislamiento <u>29-I-87</u>	4.	
Alta Sanitaria	5.	
Defunción	6.	
TRATAMIENTO. POR RAZONES DE ESPACIO SE DESCRIBE EN HOJA ANEXA.	7.	
	8.	
EVOLUCION. TORPIDA	OTROS:	

TIPO DE AISLAMIENTO: Exacto Respiratorio Protector Entérico Piel-Herida Negativo Casa Otros

EXÁMENES QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNOSTICO.

de Estudio	Fecha de Toma	Tipo de Muestra	Exámenes	Resultados
Laboratorio	<u>29-I-87</u>	<u>SANGRE</u>	<u>HTLV-III/LAV</u>	<u>POSITIVO</u>
y/o				
Gabinete				

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Vacunas y Toxoides	Fecha de Aplicación de la Dosis					Otros Productos y Dosis
	Primera	Segunda	Tercera	Revacun.	Revacun.	
	<u>NO REFIERE VACUNAS EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS</u>					

FUENTE DE INFECCION: Otra persona Alimento Agua Fomito Otro Animal (Especifique)

MECANISMOS DE TRANSMISION: Persona a Persona Aéreo Digestivo Vectorial Perinatal Fomites Otro (Especifique) SE REFIERE HOMOSEXUAL PASIVO

RELACION OTROS: Caso Índice Caso primario Caso Secundario Caso Grupos Relacionado con otros casos presentados en (Indique la cantidad según corresponda)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NOMBRE		EDAD	SEXO	ESTADO	TIPO Y RESULTADOS	MEDIDAS DE CONTROL APLICADAS
SR. FERNANDO RODRIGUEZ MONREAL		25 años	M		SE CANALIZO AL MODULO DE DETECCION DE VENEREOS, PARA TOMA DE HTLV-III-LAV	POR RAZONES DE ESPACIO, SE DESCRIBE EN HOJA ANEXA.
AMIGO DEL PACIENTE HOMOSEXUAL ASINTOMATICO						
SR. JOSE NUÑEZ CASTRO HERMANO DEL PACIENTE, ES NORMAL EN SUS RASTROS SEXUALES. ASINTOMATICO. VIVE EN EL MISMO DOMICILIO DEL PACIENTE.		39 años	M		SE CANALIZO AL MODULO DE DETECCION DE VENEREOS, PARA TOMA DE HTLV-III/LAV. COMO MEDIO DE CONTROL Y A S O LICITUD DEL PACIENTE.	
8						
9						
7						

8. CARACTERISTICA DEL CASO AL DARSE DE ALTA

9. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.

¿ Se restableció íntegramente ?	90	11 SE TRATA DE UN CASO LOCAL DE SIDA EN UN HOMOSEXUAL
¿ Con defectos funcionales ?	91	92 DE 54 AÑOS NATIVO Y RESIDENTE DE MEXICALI, B. C.
¿ Quedó este portador ?	95	93 CON MÚLTIPLES CONTACTOS, TODOS ELLOS MEXICANOS.
Fuente de infección	96	
Modo de transmisión	98	

6-II-87

DR. VALENTE BARAJAS LEDESMA

DR. VALENTE BARAJAS LEDESMA.

Fecha en que se realizó el estudio: _____ Nombre y firma de la persona que realizó el estudio

Ubicación: _____ Vu. No. del expediente: _____

1.- Intrahospitalario 2.- Extrahospitalario 3.- Con SIDA 4.- Sin SIDA

ESTUDIO SOCIAL

Nombre del Paciente: N.C.V. Edad: 54 años Sexo: Masculino.

Estado Civil: Divorciado (E.U.A.).

Originario de: Mexicali, B.C., Residente de: Mexicali, Baja California.

Escolaridad: Primaria Incompleta.

Domicilio: Mexicali, B.C.

ESTRUCTURA FAMILIAR:

Padre: Falleció a la edad de 97 años DX. C.A. Gástrico.

Madre: Falleció a la edad de 60 años en el año de 1954

Paciente que ocupó el 18avo. lugar como hijo de familia, solo vive otro - hermano quien es el que se responsabiliza del paciente.

Los 16 hermanos fallecieron por: Enfermedades propias de la infancia, y - otros por causas que no tienen relación con el diagnóstico del paciente. Bisexual desde los 18 años. Misma edad en que el paciente ha vivido solo, rentando cuartos en vecindades y esporádicamente en casas particulares.

A los 45 años contrajo matrimonio en E.U.A. con una señora, unicamente con la finalidad de que lo emigrara, con la cual vivió solamente - 5 meses; posteriormente ésta lo abandonó, sin que se lograra el objetivo - (se desconoce nombre y paradero).

Al sentirse enfermo, el paciente decidió intercalar su residen - cia entre el Ejido Jalisco (Casa de su hermano) y Colonia Santa Rosa -- (Domicilio del Paciente) casa rentada por el mismo; la que compartía oca - sionalmente con un "amigo" F.R.M. de 25 años de edad con el cual, soste - nía relaciones sexuales de tipo pasivo.

SITUACION ECONOMICA

Paciente que cubre sus gastos con el sueldo y/o ganancias percibi - das, al laborar como empleado en restaurantes y loncherías. Logrando la - simpatía de algunos compañeros de trabajo mismos a los que frecuentaba en sus domicilios particulares ocasionalmente.

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A COLOMIA SANTA ROSA.

DATOS DE LA VIVIENDA

Paciente que utiliza 2 cuartos rentados de casa particular - el resto de la casa es ocupado por la propietaria su esposo y 3 hijos. Construidos de block y madera. Buena iluminación, eliminando las excretas, por medio de pozo negro, mismo que es utilizado por los demás miembros. Muebles: Esenciales, una cama, un ropero, mesa con 3 sillas, loza escasa y deteriorada.

Medio Ambiente: Sub-Urbano y promiscuo. Por informes proporcionados por -- los vecinos se logró la localización del Sr. Fernando Rodríguez (contacto de paciente) el cual labora como intendente de la Cía. Fertimex. mismo al que se le concientizó sobre la necesidad e importancia de acudir al módulo de enfermedades transmisibles por contacto sexual. Para que a su vez se le practicara el RVL-III/LAV. Reaccionando el Sr. de manera positiva y afirmando no haber sentido ningún síntoma que clínicamente nos indicara tal diagnóstico.

Posteriormente se realizó la visita al Ejido X encontrándonos al señor J.N.C. de 59 años de edad, (hermano del paciente) el cual es casado, tiene 2 hijos (Fem. y Masc.) de 23 y 27 años respectivamente. Apparentemente sanos y sin problemas de conducta.

VIVIENDA

Casa constituida por 4 cuartos construidos de adobe, ladrillo material improvisado, utilizados como dormitorios y cocina. Muebles necesarios como: 5 camas, refrigerador, estufa de gas, mesa con sillas etc agua potable extra-domiciliaria, eliminación de excretas por medio de pozo negro buena iluminación, buena ventilación y aseada. Medio ambiente rural. El Sr. se dedica al jornal. Se percibe buen ambiente familiar.

Al interrogatorio responde el hermano haber desconocido las desviaciones del paciente hasta el momento presentó severidad en sintomatología, motivo por el cual lo trasladó hasta este hospital. Durante el trayecto el paciente se lo mencionó.

Se logró obtener los datos de los demás contactos, los cuales fueron compañeros de trabajo. Posteriormente T.S. se dirigió al domicilio de éstos.

Juan "N" "N"

José "N" Ambos residentes de la Colonia Pueblo Nuevo. Los cuales laboran en una cafetería. Al interrogatorio afirmaron ser homosexuales pero --

negaron haber tenido relaciones con el paciente; positivamente aceptaron la orientación concientización y canalización correspondiente.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE DENTRO Y FUERA DEL NUCLEO FAMILIAR

Menciona el hermano del paciente, que desde pequeño y por ser el menor, la madre de éste, lo sobreprotegía exacerbadamente, y nunca permitió que desempeñara trabajos 'pesados' como el resto de los hermanos, permitiéndole únicamente realizar funciones domésticas, por ser más "ligeras". Durante la adolescencia recuerda que éste mostraba conductas normales. A todos extrañó que a los 18 años de edad decidiera vivir solo, pero nunca percibieron sus problemas de personalidad. Después se supo que se trasladó a E.U.A. como ilegal iba y venía. Para posteriormente radicar en Mexicali - definitivamente. Laborando siempre en restaurantes. Manteniendo buena comunicación con su único hermano al cual visitaba esporádicamente. Ya que los padres y hermanos habían fallecido. Actualmente el paciente se encuentra hospitalizado en Medicina Interna.

PRONOSTICO: Sumamente desfavorable.

PLAN: Se concientiza a familiares sobre enfermedad y evolución de ésta.
Se canaliza a Módulo de Enfermedades Transmisibles para que se les practique el examen correspondiente.
Se concientiza sobre necesidad de material requerido durante la estancia de paciente en hospital.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Masculino adulto, con problemas de bisexualidad, desde los 18 años, con diferentes compañeros sexuales, (todos mexicanos) habitando en medio ambiente sub-urbano y rural, promiscuo, soltero, nivel cultural bajo, proveniente de familia numerosa y de situación económica humilde.

DISCUSION.

El agente etiológico del virus del SIDA VIH fue denominado al principio ---- virus asociado a linfadenopatía (LAV) en 1983 por investigadores franceses, luego HTVL-III y finalmente ARV o virus asociado al AIDS. Actualmente sabe mos: que pertenecen a la familia retroviridae y a la subfamilia de los len- tivirus los cuales causan enfermedades no tumorales; se replican a tra- -- ves de DNA complementario que puede integrarse o no al genoma del huésped; -- causa infección latente, tiene al menos 6 genes en su genoma RNA los cuales codifican la enzima transcriptasa inversa y antígenos detectados por inmu- g- fluorescencia, serología o western blot; su modo de transmisión es trans- -- placentaria, por contacto sexual, por transfusión sanguínea; su espectro -- clínico; su largo periodo de incubación, los factores de riesgo y su tro- -- pismo para linfocito T4 helper/inductor.

El origen del virus parece ser Africa Central y de ahí se extendió a -- otros estados africanos, el Caribe y Norteamérica.

En sueros de niños africanos en los años 70's mostraron anticuerpos ---- anti VIH o un virus similar. Esto apoya que la enfermedad no es reciente.

Aproximadamente existen unos 5-10 000000 de sujetos con la infección por VIH y unos 100 millones estarán infectados en 10 años. (MHO).

En los Estados Unidos más de 30 000 casos se han detectado con SIDA y --- 1.5 millones son portadores. Se ha calculado que el número de casos alcan- zará a 270 000 en 5 años, de los cuales morirán 179 000. Además, en este país la amenaza creciente se está extendiendo a heterose- -- xuales como se observa en la figura 3.

La seroprevalencia se ha facilitado con la técnica de ELISA, Inmunofluo- rescencia y confirmación por western blot..

La dinámica de la infección del VIH es compleja. Hay un período de laten- cia entre infección y desarrollo de anticuerpos; otro período de latencia - largo entre anticuerpos y enfermedad. (ver Fig. 4)

El riesgo de contraer SIDA entre seropositivos para VIH se observa en la Fig. 5.

En la Fig. 6 se observa la seroprevalencia con depleción de células T4 y- en sujetos sanos con riesgo alto de contraer la enfermedad.

En nuestro país los casos de SIDA aumentan geométricamente. La Secreta- -- ría de Salud ha detectado 249 casos hasta Octubre de 1986; el 16% de los -- casos corresponden a las ciudades fronterizas como son Baja California,---- Coahuila y Chihuahua.

En nuestro hospital detectamos el primer caso en Abril de 1986, como --- dice la historia clínica era un homosexual que vivía en una área de alto -- riesgo, con varios compañeros sexuales, historia de enfermedades venéreas. y que cursaba desde dos meses antes con dificultad respiratoria progresiva, neumonitis intersticial, lesiones cutáneas, moniliasis en cavidad bucal, diarrea, fiebre, adenomegalias así como ataque al estado general.. Desde el - ingreso el paciente se enfrentó al rechazo médico, paramédico y autorida-- des de la Institución en donde fué hospitalizado. El caso se complicó ---- cuando se comprobó que estaba infectado por el VIH detectados por ELISA. El paciente no contó con un cuarto acondicionado a sus necesidades, ni ---- con una dieta rica suficiente. Tampoco teníamos reactivo para detectar anti cuerpos anti VIH ni fármacos más selectivos para su probable infección con - Pneumocistis carinii. Es más no se efectuó estudio broncoscópico, sin ---- biopsia ni cultivo.

La BH mostró solamente linfopenia pero no se hizo separación con anticuerpos monoclonales para determinar subpoblación linfocitaria depletada.

Para corroborarse el diagnóstico solicitamos el apoyo del Módulo de ---- Enfermedades Venéreas del Estado y en el manejo y asesoramiento fuimos asesorados por un médico norteamericano.

En resumen, el paciente se enfrentó a un dilema ético que se observó en un principio en otros países, y como era de esperarse, debido a las infecciones oportunistas con las que acudió falleció en menos de tres meses.

En países con alto nivel técnico y farmacoterapia el sujeto con SIDA --- que acude con infección oportunista sobrevive aproximadamente 7 meses, y -- más de un año si acude con Sarcoma de Kaposi solamente. Nosotros no pudimos demostrar Sarcoma de Kaposi por biopsia, aunque mostraba lesiones multicéntricas y cutáneas de tipo vascular.

Recientemente, se ha mencionado que el Sarcoma de Kaposi NO es real---- mente un cáncer y que podría ser condicionado por citomegalovirus. Sin embar-- go, tampoco efectuamos cultivo para detectarlo!

Con esta experiencia, diagnosticamos el segundo caso en el Servicio de Urgen-- cias en los últimos días de Enero de 1987. El enfermo era un homosexual -- con más de dos compañeros sexuales que estaba disminuyendo de peso corporal en forma severa; además cursaba con diarrea intermitente, fiebre en ocasiones

y la exploración física corroboró adenomegalias. A su ingreso no mostró --- infección oportunista en tórax ni en cavidad bucal. Una Biometría Hemática mostró 6400 leucocitos con 30% de linfocitos y una Hemoglobina de 7.8 grs%. Nos llamó la atención que la médula ósea estaba linfoplásica y que en sangre periférica los linfocitos descendieron a 14% en un lapso menor de 10 días. Quizá lo detectamos e internamos en un período crítico en donde había una-- depleción severa de linfocitos. Nuevamente no pudimos saber la subpobla--- ción afectada. Tampoco hicimos electroforesis de proteínas por el temor a sangrarlo.

Es difícil saber si la enfermedad la adquirió en el estado de Baja Cali---- fornia o en los Estados Unidos, ya que vivió 5 meses 9 años antes de estar enfermo. Se antoja un periodo de incubación muy largo, pero pudo haberse - tratado de un homosexual seropositivo que acudió a una área de alto riesgo y que desarrolló la enfermedad. O bien, que se trate de un SIDA local. Se -- ignora si en Estados Unidos tuvo relaciones con el mundo "gay" mientras --- duró su permanencia.

Finalmente, a sus compañeros sexuales se les realizó anticuerpos anti-VIH los cuales TODOS resultaron negativos.

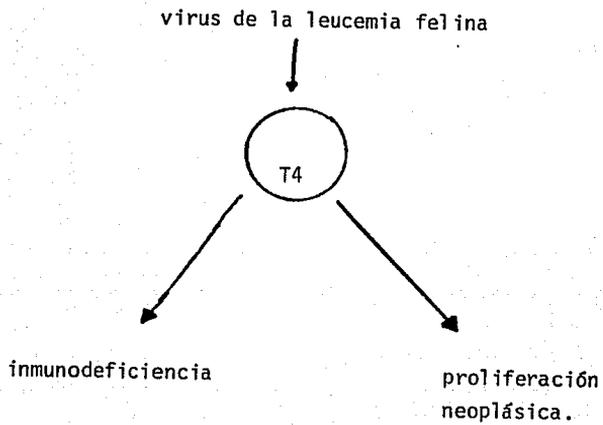


Fig. 1

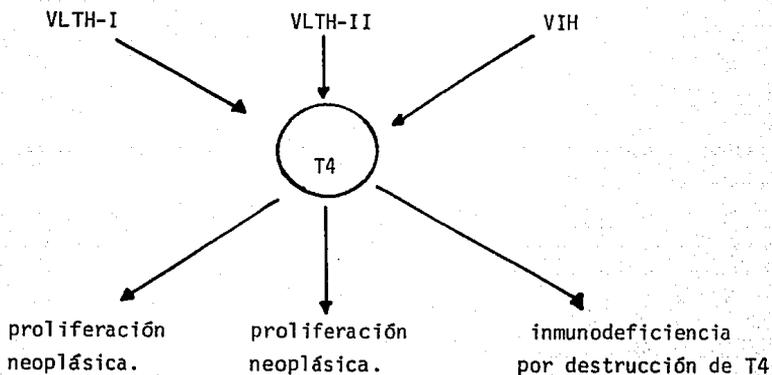


Fig. 2

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

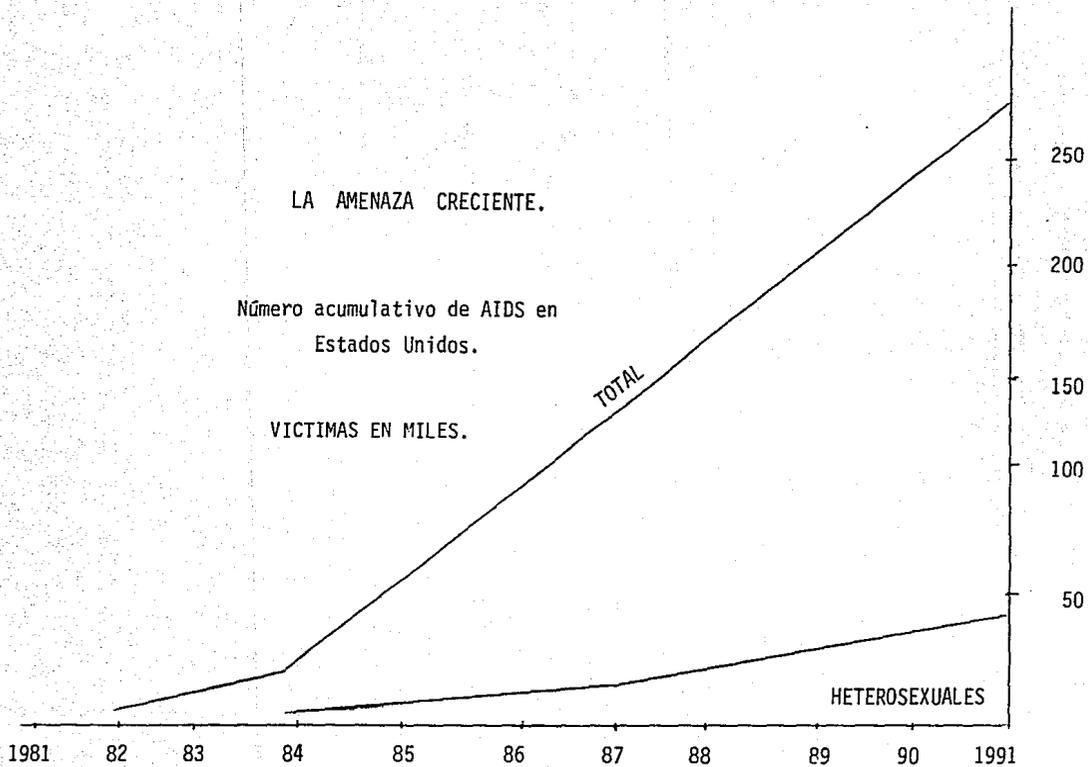


FIG.3 CENTRO PARA CONTROL DE ENFERMEADES DE ATLANTA.

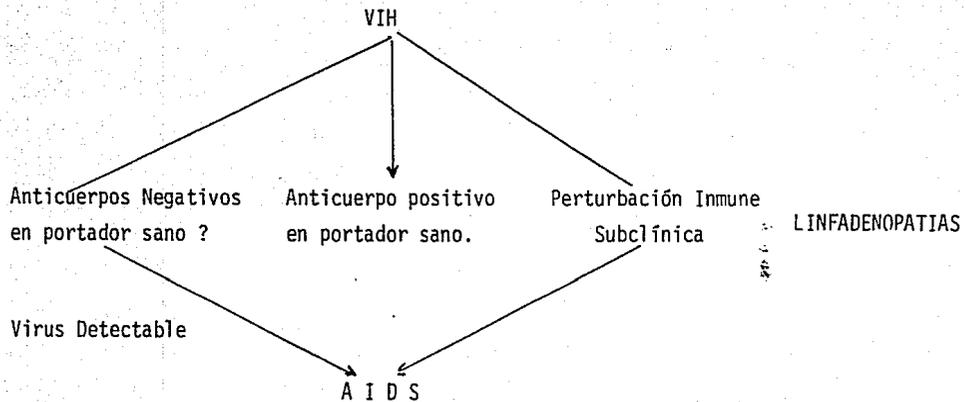


FIG. 4

DINAMICA DE LA INFECCION DE VIH.

GRUPO RIESGO.	PROPORCION DE PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE DESARROLLARON SIDA POR AÑO.
Homosexuales Masculinos.	%
Area de Riesgo Alto de SIDA	5-9
Area de Riesgo Intermedio-bajo	3-5
Adictos a Drogas Parenterales	
Area Riesgo Alto de SIDA	2-5
Hemofílicos	2-4

FIG.5 RIESGO DE SIDA ENTRE SEROPOSITIVOS
PARA VIH.

FIG. 6 SEROPOSITIVIDAD A VIH EN ENFERMOS Y SANOS.

GRUPO	SEROPREVALENCIA %
SIDA	90-100
LIFADENOPATIA	70 -90
COMPLEJO RELACIONADO CON SIDA	85 -95
T4 BAJO EN AREA DE RIESGO ALTO	75 -90
SANOS	
HOMOSEXUALES (AREA RIESGO ALTO)	50-70
ABUSADORES DE DROGAS	50=70

C O N C L U S I O N E S

A.- El SIDA es un nuevo síndrome cuyo agente etiológico no es muy contagioso. En efecto, se requiere un contacto íntimo - ya sea sexual, por transfusión o por uso de jeringas contaminadas para adquirir la enfermedad.

El hecho de no encontrar positividad en los compañeros sexuales del segundo caso podría explicarse por:

- 1). Ser seronegativo aun cuando tenga el virus.
- 2). Depuración adecuada del virus.
- 3). Su estado inmune previo.
- 4). Historia de enfermedades venéreas repetidas.
- 5). El 30 % de los compañeros sexuales no muestran infección por VIH.
- 6). Sus características genéticas.

B.- Ambos casos tuvieron desde el principio falta de identificación del sexo y se caracterizaron por tener varios compañeros sexuales.

C.- Solamente un caso puede considerarse importado de un área endémica.

D.- Ambos casos mostraron la característica de laboratorio: - Linfopenia.

E).- Aun cuando el segundo caso acudió aparentemente sin datos de infección a su ingreso, el seguimiento mostró candidiasis oral, además de fiebre.

F).- No tenemos una sala apropiada para el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

G).- No tenemos un laboratorio para montar técnica de ELISA anti VIH, así como para aislar virus y protozoarios (p. carinii, citomegalo-virus, etc.).

H).- No hemos podido realizar estudios de gabinete por "temor" a contagio.

I).- Los pacientes se enfrentan a un dilema ético muy difícil de resolver por falta de información acerca de la enfermedad y por las características propias del mexicano.

J).- Dada la vecindad con Estados Unidos, debemos de prepararnos para enfrentar nuevos casos antes de finalizar esta década.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gallo, R.C. y Col.:
A human T Lymphotropic Retrovirus (HTLV-III) as the cause
of Acquired Immunodeficiency Syndrome.
Annals of Internal Medicine 1985;103:679-689
- 2.- Montagnier, Luc.
Lymphadenopathy Associated Virus: From Molecular Biology
to Pathogenicity.
Ann of Internal Medicine 1985:103,689-693
- 3.- Bowen D.L., M.D.; Lane H.C. and Fauci A.S.
Immunopathogenesis of the Acquired Immunodeficiency Syn--
drome.
Ann of Internal Medicine 1985:103,704-709
- 4.- Jay, A y Cols.
Infection by the Retrovirus Associated with the Acquired
Immunodeficiency Syndrome.
Ann Internal Medicine 1985:103,694
- 5.- Peticcioni J.C.
Licensed Tests for Antibody to Human T-Lymphotropic Virus
Type III. Sensitivity and Specificity.
Ann Internal Medicine 1985:103,726-729
- 6.- AIDS, Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y su posible -
vinculación con HTLV, retrovirus inductor de la leucemia
T del adulto.
Pasqualini C.D.
Medicina Vol. 43 No. 4, 1983.

- 7.- Bottlieb MS. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal --
candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence
of a new acquired cellular immuno deficiency.
N. Engl. J.M. 1981; 305: 1425-31
- 8.- Friedman-Kien AE
Disseminated Kaposi's sarcoma in homosexual men.
Ann Internal Medicine 1982; 96; 693-700
- 9.- Ruddle N.H.
Lymphotoxin production in AIDS.
Immunology Today Vol. 7, No. 1, 1986.
- 10.- Klatzman J.C.
HIV Infection: facts and hypotheses
Immunology Today Vol. 7, No. 10, 1986.
- 11.- Essex M and cols.
Antigens of Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus
Ann Internal Medicine 1985; 103, 700-703