

36

11236 2y



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS
DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. YOLANDA SAHAGUN MUÑOZ**

ASESOR: DR. DANIEL BROSS SORIANO



MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION


Dr. Carlos Rivero López
Director de Enseñanza e Investigación.

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION


Dra. Dolores Saavedra Ontiveros
Subdirectora de Investigación.


Dr. José R. Arrieta Gómez
Profesor titular del Curso de Especialización
en Otorrinolaringología

11.30.2015
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
AMG


Dr. Daniel Bross Soriano
Asesor Académico

Al apoyo y cariño de mis padres.

A mi hermano, el mejor.

**A John, mi fuego interior,
el amor incondicional...**

AGRADECIMIENTOS

QUIERO BRINDAR MI MAS PROFUNDA GRATITUD A
LOS DRES. RODOLFO VICK FRAGOSO (INFECTOLOGO
DE ESTE HOSPITAL) Y DR. FRANCISCO REYNOSO (SUB
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION) POR SU
AYUDA EN LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN.

ÍNDICE

TITULO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	9
EVALUACIÓN DEL PACIENTE.....	10
VALIDACIÓN DE DATOS.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
GRÁFICAS Y ANEXOS.....	19

**MANIFESTACIONES
OTORRINOLARINGOLOGICAS DEL
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.**

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha sido afectada a través de la historia por múltiples epidemias que han dejado huellas indelebles a lo largo del tiempo, tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), epidemia del siglo XX, la cual es incurable,(1). Las vías de contaminación principales son: sexual, intravenosa y transplacentaria. La descripción de la enfermedad se remonta oficialmente en 1981 cuando el Centro para el Control de Enfermedades de E.U.A. reporta la aparición de varios casos de infecciones oportunistas en varones homosexuales (1,2). Actualmente el término de infección por VIH ha reemplazado a otros nombres a través de la historia de la enfermedad. Hoy en día existen varias subclases de virus infectantes, cuyo blanco son los linfocitos T-CD4 así como linajes que comparten ese mismo receptor: monocitos y macrófagos, disminuyendo su cantidad y calidad haciendo susceptible al huésped a infecciones oportunistas.

El espectro de consecuencias patológicas incluye neoplasias malignas y benignas, infecciones múltiples, condiciones degenerativas así como fenómenos autoinmunes. Se postula que los tumores que afectan a estos pacientes se generan gracias a la activación de ciertos oncogenes debido a secuencias dadas en el genoma (1,3). La mayoría de los pacientes tiene una gamopatía monoclonal temprana que representa una disfunción humoral progresiva, lo cual predispone a infecciones repetitivas con patógenos bacterianos principalmente el *S. pneumoniae* y *H. influenzae*.

A partir de 1985 se desarrolla una prueba serológica de escrutinio para la detección de algunos casos (ELISA) con una sensibilidad de apenas 80%.

Se establece para 1987 la importancia en la determinación de CD4 en sangre periférica. Los límites normales van de 700 a 1 200 células por milímetro cúbico y van disminuyendo con los años de manera normal, pero en pacientes con VIH esta disminución es acelerada. Los niveles de CD4 son importantes para el pronóstico y tratamiento de pacientes, las cuentas de 500 a 200 células se benefician con el uso de antiretrovirales, en tanto en aquellos con 200 o menos habrá de iniciarse tratamiento profiláctico contra pneumocistis, existe otro marcador de progresión de enfermedad: antígeno p24 cuya presencia indica pronóstico pobre con rápida progresión de enfermedad, con una supervivencia inferior a 6 meses.

Dentro de la epidemiología de la enfermedad se calcula, según datos de la OMS que para el año 2 000 habrá cuando menos 40 millones de infectados en el mundo(3).

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE SIDA.

El SIDA tiene un amplio espectro de afectación en cabeza y cuello: ocurre en el 90% de los pacientes en promedio al inicio de las manifestaciones. Las más frecuentes son la adenopatía cervical persistente en el 80 a 90% (1,2), candidiasis oral en el 80% (2). Tos persistente secundaria a neumonía por *P. carinii* en el 80% de los pacientes con cifras de 200 CD4 o menos. La parálisis facial periférica probablemente secundaria a mielopatía se presenta del 20-45% de los pacientes. Dentro de los tumores el Sarcoma de Kaposi es el más frecuente en cabeza y cuello principalmente en la cavidad oral, posteriormente el linfoma no Hodgkin y las lesiones linfopiteliales benignas de nasofaringe; asimismo dentro de la afectación rinosinusal, la rinitis crónica inespecífica y la rinosinusitis infecciosa bacteriana y micótica son los hallazgos nasosinusales más frecuentes.

Las manifestaciones otológicas son más raras: otitis media crónica, otitis media serosa, la hipoacusia súbita (20-50%), y la otitis externa por *Pseudomonas* son las más importantes a mencionar. Se ha reportado la disfunción de tallo cerebral (evidenciada por la alteración de los potenciales auditivos evocados de tallo) por efecto directo del virus (mielopatía), o bien secundario a infecciones oportunistas del sistema nervioso central como es el caso de *Cryptococcus* (13%).

La afectación parotídea es rara pero puede presentarse a manera de lesiones quísticas bilaterales y simétricas que por lo general son indoloras, lentamente progresivas y que pueden condicionar disfunción glandular.

La piel se afecta con singular característica: la dermatosis seborreica de cabeza y cuello secundariamente generalizada es muy frecuente, las infecciones como el molusco contagioso, herpes simple, herpes zoster, citomegalovirus, estafilococo y por gram negativos no se hacen esperar sobre todo en etapas avanzadas del padecimiento y la aparición de algunas de ellas son indicadores de mal pronóstico.

Los médicos otorrinolaringólogos somos frecuentemente los de primer contacto del paciente seropositivo cuya enfermedad debuta en cabeza y cuello y es en ésta etapa cuando más podemos ofrecerles en cuanto a tratamiento y pronóstico, es por eso que estamos obligados a familiarizarnos completamente al respecto y concientizar a la población en riesgo. El presente estudio representa la experiencia del Departamento de Otorrinolaringología en la detección oportuna de casos y manejo multidisciplinario del paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo observacional, descriptiva, prospectiva y longitudinal.

Se estudiaron 60 pacientes captados de la consulta externa del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, del 1o. de Enero de 1995 a 1o. de enero de 1996, con un rango de edades entre 17 y 58 años (media de 32.2 años). Constituido por 50 hombres y 10 mujeres y dispersos por la clasificación de la CDC en grados: I, IIa, IIb, IIIa y IIIb. Se valoró la patología de cabeza y cuello.

Se incluyeron a los pacientes con fuerte sospecha clínica de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Los pacientes fueron seleccionados sin restricción de edad, con estudio de Inmunoaglutinación, posteriormente ELISA y confirmados con Western Blot. La valoración inmunológica incluyó la determinación de población de linfocitos T con características CD4.

No se incluyeron a pacientes con compromiso cognitivo secundario a participación del sistema nervioso central de grado variable, a aquellos que fallecieron antes de concluir el estudio, a los que abandonaron el seguimiento después de la primera visita

EVALUACIÓN DEL PACIENTE.

Una vez seleccionado el paciente, se le realizó historia clínica completa (interrogatorio y exploración física). Parte del interrogatorio fue intencionado hacia factores de riesgo. Se tomaron exámenes complementarios de gabinete (radiológico y de laboratorio) de acuerdo con las necesidades del paciente (obedeciendo al diagnóstico de base más patologías intercurrentes).

Todos los datos fueron vaciados en una hoja de captura especialmente diseñada para el protocolo, además de hacer las anotaciones pertinentes en su expediente clínico hospitalario.

Se citó nuevamente al paciente a revisión de estudios y evolución clínica, verificando ELISA, W.B., estudios complementarios y recuento de CD4. Si las pruebas resultaron positivas se interconsultó al departamento de infectología del hospital para tratamiento multidisciplinario de ser el caso, cuando se estableció patología otorrinolaringológica se instituyó el tratamiento necesario, los pacientes fueron seguidos hasta el término del estudio.

VALIDACIÓN DE DATOS

Se analizaron los datos promedio, desviación estándar, media, moda y se reportaron en tablas, gráficos de barras y pastel.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ver hoja de captura de datos.

PARÁMETROS DE MEDICIÓN

A) Determinación de CD4 en células por mm³ en 3 grupos:

- Mayor a 500 céls por mm³.
- De 200 a 499 células por mm³.
- Menor a 200 células por mm³.

ESCALAS DE MEDICIÓN NOMINALES.

B) Positividad de prueba de escrutinio (ELISA).

C) Positividad de prueba confirmatoria WESTERN BLOT (WB).

D) Positividad en reacción en cadena a la polimerasa (RCP) y/o detección de p24 (partícula de cápside viral) en los casos de WB dudoso.

RESULTADOS

Fueron ingresados al estudio 110 pacientes de los cuales se excluyeron 35 (por falta de reporte de Western Blot) y se eliminaron 15 por muerte, quedando 60 pacientes de los cuales 50 fueron hombres y 10 mujeres. La edad promedio fue de 32.2 años.

Prácticas de riesgo a infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana:
(VER GRAFICA 1)

-HOMOSEXUALIDAD	19 casos.
-HETEROSEXUALIDAD	17 casos.
-INDETERMINADOS	11 casos.
-BISEXUALES	9 casos.
-DROGAS I.V.	4 casos.

Dentro de los hallazgos de laboratorio, al determinar la subpoblación de linfocitos CD4 por mm³ en todos los pacientes encontramos:
(VER GRAFICA 2)

Mayor de 500 céls por mm ³	=	1 paciente.
De 200 a 499 céls por mm ³	=	14 pacientes.
Menor a 200 céls por mm ³	=	45 pacientes.

La correlación clínica entre las manifestaciones otorrinolaringológicas y CD4 al momento del diagnóstico fue como sigue:

	No. PACIENTE
a) GRUPO MAYOR A 500 CD4	
Hipertrofia parotídea bilateral y adenopatía cervical persistente.	1
b) GRUPO DE 200 A 499 CD4 (14 PTS.)	
Cándida oral	13
Adenopatía Cervical persistente (principalmente tuberculosa).	10
Rinosinusitis infecciosa (bacteriana y micótica)	2
Escleroma respiratorio	1
c) GRUPO MENOR A 200 CD4 (45 PTS.)	
Cándida oral	40
Rinosinusitis infecciosa	34
Rinitis crónica inespecífica	34
Tos persistente (neumonía)	27
S. Kaposi oral	2
Rinitis crónica inespecífica	2
Epistaxis	2
Otitis media crónica	2
Cándida esofágica (disfagia)	2
Hipoacusia súbita unilateral 1.6% (no se demostró mielopatía)	1

Se establecieron por orden de aparición en % las manifestaciones clínicas o hallazgos otorrinolaringológicos más frecuentes del paciente con infección por VIH (partiendo de los 60 pacientes de nuestra población como el 100%):

MANIFESTACIONES CLÍNICAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN NUESTRA POBLACIÓN:

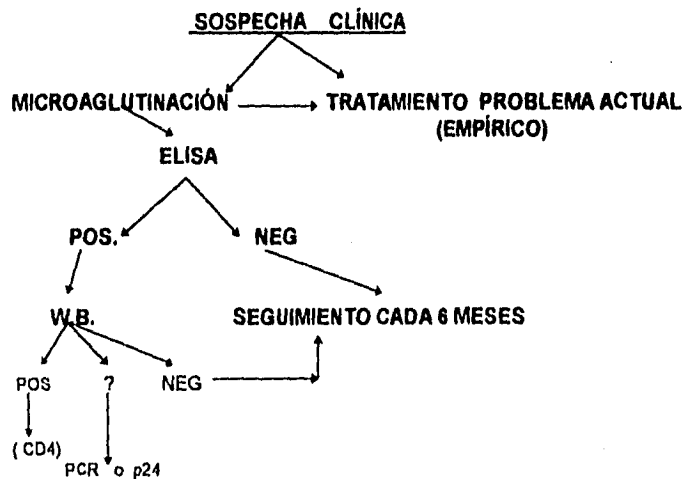
	PACIENTES	%
CANDIDOSIS ORAL	54	90
ADENOPATIA CERVICAL PERSISTENTE	43	71
TOS PERSISTENTE	38	60
SARCOMA DE KAPOSI ORAL	30	50
RINOSINUSITIS INFECCIOSA (principalmente bacteriana y secundariamente micótica)	12	20
RINITIS CRÓNICA INESPECIFICA	6	10
CÁNDIDA ESOFAGICA (disfagia)	4	6
GINGIVITIS	3	5
ULCERAS ORALES	3	5
DISGEUSIA	3	5
DERMATOSIS SEBORREICA (cara)	2	3
OTITIS MEDIA CRONICA AGUDIZADA (no se realizaron cultivos)	1	.6
MOLUSCO CONTAGIOSO DISEMINADO A CARA	1	.6
HIPERTROFIA PAROTIDEA BILATERAL	1	.6
HIPERTROFIA ADENOIDEA DEL ADULTO (Lesión linfopitelial benigna)	1	.6
HIPOACUSIA SUBITA (No se realizaron potenciales evocados auditivos de tallo cerebral)	1	.6

Es importante señalar que se realizó seguimiento de los pacientes por 1 año (de enero de 1995 a enero de 1996) y en éste lapso se determinó la mortalidad, así se pudo establecer la sobrevivencia de los pacientes en relación al no. de CD4 desde el momento de su inclusión en el estudio hasta su muerte, así tenemos:

SOBREVIDA PROMEDIO EN NUESTRA MUESTRA

MAYOR A 500 CÉLULAS CD4	=	MAYOR A 2 AÑOS (EN NUESTRO ESTUDIO)
DE 200 A 499 CELS CD4	=	DE 1 A 2 AÑOS.
MENOR A 200 CELS CD4	=	MENOR A 6 MESES.

Además hemos estandarizado en nuestro servicio la atención de los pacientes con sospecha clínica de infección por el VIH para realizar oportunamente el diagnóstico y establecer tratamiento temprano, lo cual se resume en flujograma de atención de esta población.



DISCUSIÓN

La mayor parte de nuestros pacientes seropositivos para VIH (45 pacientes con CD4 en grupo II), han sido detectados en etapas avanzadas del padecimiento posiblemente por la falta de información sobre la enfermedad y/o temor de conocer el pronóstico por parte de algunos pacientes de riesgo, dado que la mayor parte (al menos en nuestro estudio), siguen siendo el grupo de homosexuales y heterosexuales promiscuos. Aunque casi todos están en grupo II de CD4 su evolución clínica demuestra deterioro progresivo y en algunos rápidamente progresivo a pesar de la instalación de la terapia oportuna, posiblemente por abandono de atención médica secundaria al alto costo de los medicamentos, es por esto tal vez que la mayor parte deserta de la atención médica adecuada.

En este estudio 5 de cada 10 pacientes cursan con abandono familiar grave, lo cual empeora obviamente la calidad de vida del paciente.

Es básico instalar campañas de vigilancia epidemiológica (educar a la población principalmente a la de riesgo para que se realice sus pruebas serológicas de detección y hacer seguimiento con CD4) detectar a los portadores y captar al paciente cuando debute la enfermedad, es aquí cuando nosotros, especialistas en otorrinolaringología cobramos interés especial ya que del 70 al 90% de los pacientes cursarán con manifestaciones en cabeza y cuello.

Nosotros logramos diagnosticar solamente al 10% de los casos que acudieron a nuestro servicio ya que el resto procedía de otros servicios ya con la sospecha clínica.

Si detectamos a los pacientes en estadio temprano, con subpoblación CD4 mayor a 500 cèls por mm³ y los vigilamos bimestralmente según clínica tendrán una sobrevida mayor a 2 años (posiblemente hasta 10 años según lo reportado en la literatura (1,2,4,5)).

Como hallazgos interesantes detectamos a 3 pacientes de riesgo, cuyas manifestaciones iniciales eran compatibles con asperglioma de seno maxilar el 1o, hipertrofia adenoidea el 2o y herpes zoster torácico, el 3ro. más cándida oral; los 3 con estigmas de inmunosupresión, por tanto, tal como señala la literatura: pacientes adultos, jóvenes en quienes se presenten patologías oportunistas habrá de pensarse en HIV hasta no descartar lo contrario, a pesar de la negativa de factores de riesgo.

CONCLUSIONES

1. EL 90% DE LOS PACIENTES CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIECIA HUMANA TIENEN MANIFESTACIONES CLINICAS EN CABEZA Y CUELLO.
2. LA ADENOPATIA CERVICAL PERSISTENTE, CANDIDOSIS ORAL, RINOSINUSITIS INFECCIOSA, SARCOMA DE KAPOSI DE CAVIDAD ORAL Y DERMATOSIS SEBORREICA DE CARA, SON LAS MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES EN NUESTRA POBLACION POR ORDEN.
3. EL MEDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA ES CLAVE EN LA DETECCION OPORTUNA DE LOS CASOS DADO QUE EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES LA ENFERMEDAD DEBUTA EN CABEZA Y CUELLO.

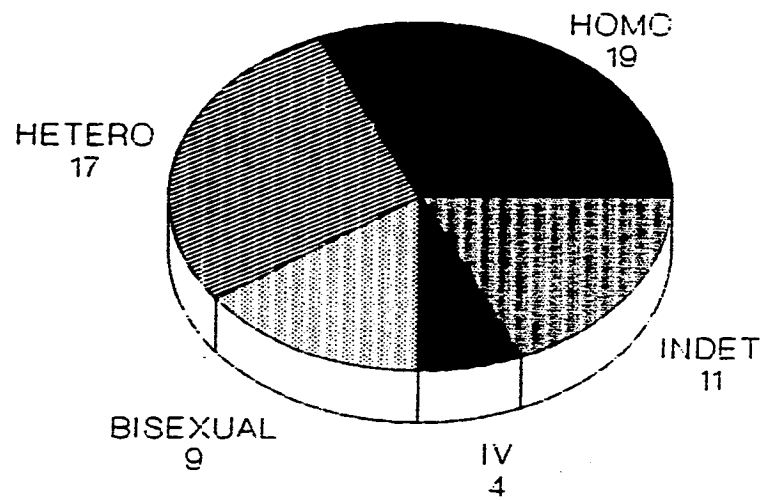
BIBLIOGRAFÍA

1. The Otolaryngologic Clinics of Northamerica. The Otolaryngologic Manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Vol 25 No. 6 Thomas A. Tami MD.
2. Frank E. Lucente, MD, Depto. ENT University of New York, The HIV POSITIVE PHYSICIAN, Laryngoscope, March 1993.
3. Fried, Land G.H., Klein RS, Transmision of human Immunodeficiency virus, N. England J. Med. 317:1125, 1987.
4. Yarchoan R, Berg, Browers P. et al, Response of Human Immunodeficiency virus associated neurological disease 10 3AZT. Lancet 1:132, 1987.
5. Cummings F.MD. Principles of Otolaryngology, 2nd, de. Vol. 1 Cap. 15. p.p. 277-282, Mosby Ed.
6. Frank E. Lucente, MD, Depto. ENT University of New York, IMPACT OF ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME EPIDEMIC OF THE PRACTICE OF LARYNGOLOGY.
7. Gary P. Wormser, MD. AIDS AND OTHER MANIFESTATIONS OF HIV INFECTION. 2nd. De. Raven Press.

ESTA FERIA NO TIENE 19
CALIN DE LA BIBLIOTECA

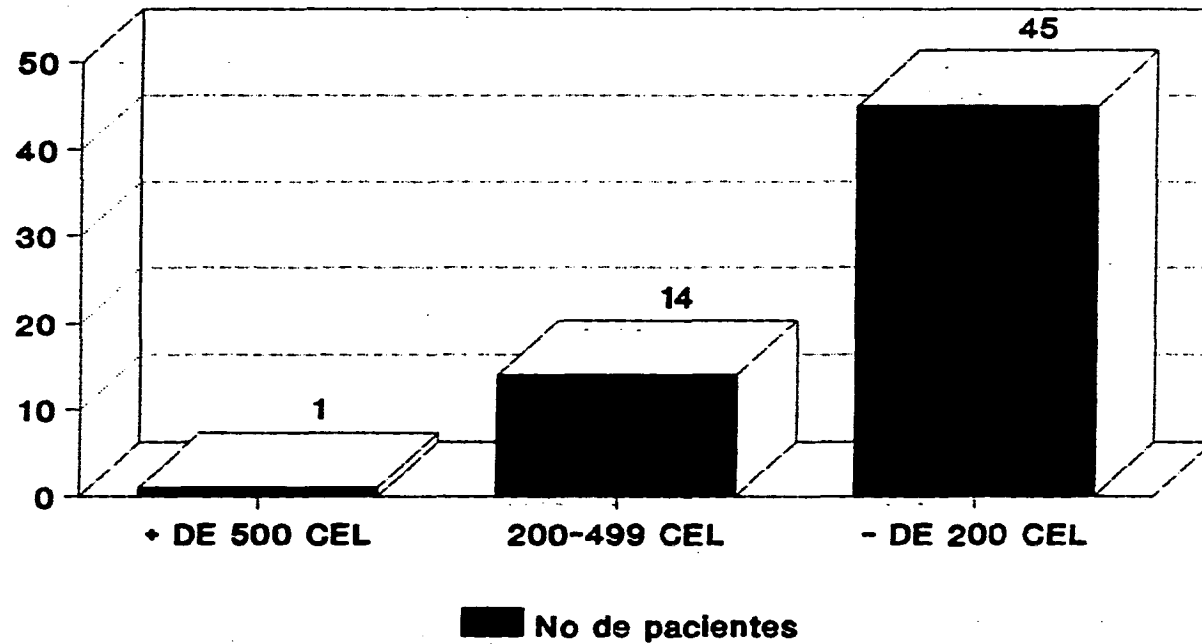
GRAFICAS Y ANEXOS

SIDA EN ORL GRUPOS DE RIESGO



GRAFICA 1

HALLAZGOS DE LABORATORIO CD4 A TODOS LOS PACIENTES



GRAFICA 2

HOJA DE CAPTURA DE DATOS.
Manifestaciones Otorrinolaringológicas en SIDA

Nombre del paciente _____
SEXO: _____ EDAD: _____
EDO. CIVIL. _____
POSIBLE MODO DE CONTAGIO. _____

MANIFESTACIONES:

OTOLOGICAS:

hipoacusia _____ vértigo _____ acúfeno _____ otorrea _____
otalgia _____
otras _____

DE NARIZ Y SENOS PARANASALES.

Rinorrea _____
Obstrucción nasal _____
Epistaxis _____
Tumor _____
OTRAS _____

CAVIDAD ORAL.

INFECCIOSAS

Candidosis _____
leucoplaquia _____
Úlceras orales _____
OTRAS _____

CUELLO.

Adenopatía _____
Dolor _____
OTRAS _____

Otras manifestaciones _____

