

11227
65



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General Dr. Manuel Gea González

MANIFESTACIONES REUMATOLOGICAS
EN PACIENTES CON VIH

T E S I S

Para obtener el título de
Especialista en Medicina Interna

p r e s e n t a:

DR. IGNACIO ROJAS SANTIAGO



Asesor de Tesis: Dr. Ricardo Ortiz

296350

México, D. F.

Febrero 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

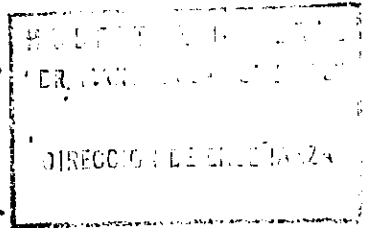


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

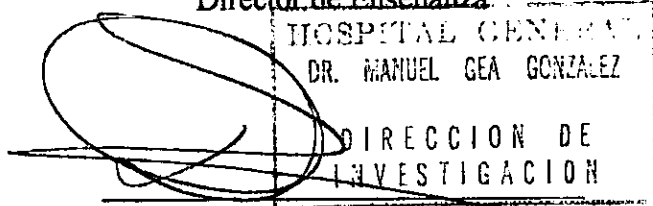
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



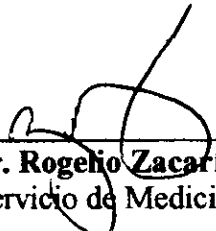
Dr. Héctor Villarreal Velarde.

Director de Enseñanza



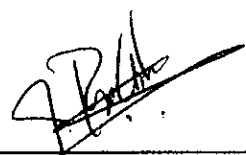
Dra. Dolores Saavedra Ontiveros.

Directora de Investigación.



Dr. Rogelio Zacarías.

Jefe del servicio de Medicina Interna.



Dr. Ricardo Ortiz García.

Médico Reumatólogo

Adscrito al servicio de Medicina Interna

AGRADECIMIENTOS.

Para empezar, debo agradecer a Dios por permitirme llegar hasta éste momento y por darme la oportunidad de terminar satisfactoriamente la especialidad de Medicina Interna.

Muchas gracias a mi Padre, Ignacio Rojas, por su apoyo incondicional y por estar conmigo siempre y en todo momento, a mi Madre, Dafila Santiago, quien desde el cielo siempre ha estado junto a mi.

A mis hermanos: Rocío, Francisco y Abel por su compañía y por soportarme, también a Alicia por todo.

A todos mis familiares, maternos y paternos, por estar conmigo en los momentos difíciles, especialmente a mis abuelas Celia y Sireña, Manuel, Tía Chela y Tía Miriam y a todos los demás, Tíos, tías, primos, gracias.

A todos los compañeros y amigos de la carrera por todos los momentos compartidos, Marina, Lénica, Carlo, Humberto, especialmente a Benjamín Guerrero por ser el amigo incondicional y por todas las experiencias que hemos pasado.

A mis compañeros de generación por todos los momentos buenos y malos por los que hemos pasado en el "Gea", pero principalmente porque los pasamos juntos. Margarita, Héctor, Benjamín, Bermúdez, Gildardo, Ivette y Javier.

A todos mis "maestros", por sus enseñanzas y su ejemplo, al Dr. Ortiz por presionarme 4 años para terminar éste trabajo.

A todos los Residentes de Medicina Interna con los que conviví, de mayor o menor jerarquía, por sus enseñanzas y por su tolerancia, espero haber dejado algo bueno en ellos. A una persona muy especial: Laura Madrigal, por tu compañía, sinceridad, confianza y especialmente por tu amistad y por darle sentido a éstos últimos dos años.

Finalmente y probablemente a los más importantes: los pacientes, ya que aprendemos a expensas de ellos, espero que por cada error cometido pueda compensarlo con muchos pacientes a quienes pueda ayudar.

GRACIAS

Ignacio Rojas Santiago.

MANIFESTACIONES REUMATOLOGICAS EN PACIENTES CON V.I.H.

ANTECEDENTES GENERALES

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es conocida por ocasionar una serie de trastornos relacionados a la inmunodpresión, conduce a un cuadro denominado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El SIDA fue descrito en 1981 siendo descubierto su agente causal hasta 1984 (1); a partir de entonces se han realizado investigaciones diversas sobre ésta entidad y sus manifestaciones clínicas con objeto de realizar un mejor y más temprano diagnóstico. Las manifestaciones que con mayor frecuencia se han observado incluyen infecciones por microorganismos oportunistas, capaces de afectar cualquier órgano o sistema, y enfermedades neoplásicas. En 1987 se hizo la primera descripción de una enfermedad reumatológica en un paciente infectado con el VIH (2), y se ha demostrado que las manifestaciones reumatológicas tienen una frecuencia de presentación de hasta 72%. El síndrome de Reiter junto con la artritis psoriasisica son las entidades mas frecuentemente relacionadas a la infección por VIH (5); sin embargo, otras alteraciones tales como el síndrome de Sjogren, polimiositis, vasculitis, artritis asociada al VIH, artritis séptica, síndrome tipo lupus también pueden estar presentes (4, 5).

Se ha sugerido que la infección por VIH puede ser un factor de predisposición o bien de protección para el desarrollo de la enfermedad reumática. Esta consideración se ha alcanzado después de observar la incidencia de enfermedades reumatológicas en el espectro de la infección por VIH; es interesante hacer notar que los signos y síntomas de esas enfermedades desaparezcan o disminuyan como es el caso de la artritis reumatoide.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

La expresión clínica de la infección por VIH resulta ser variada e inespecífica en la mayoría de los casos, sin embargo, se han publicado una serie de estudios sobre las manifestaciones clínicas de ésta infección, reportando como las más frecuentes: fiebre, adenomegalias, faringitis, exantema, mialgias y artralgias, diarrea y manifestaciones reumatológicas que se presentan ya sea con la enfermedad avanzada (2,3,4), o bien como parte del cuadro inicial (5), por lo que es importante sospechar la infección por VIH en pacientes con factores de riesgo (6), pues incluso se ha sugerido que la sintomatología reumatológica y sobre todo el tipo de trastorno está más relacionado a los factores de riesgo, a drogadictos por vía intravenosa, homosexuales y receptores de transfusiones principalmente.

Las artralgias son síntomas comunes en ésta infección (4), pudiendo afectar a cualquier articulación, su frecuencia varía de un 5 a un 29% (6,7) y se ha descrito un "síndrome articular doloroso" que se caracteriza por dolor severo de 2 a 24 horas de duración, incapacitante que requiere de tratamiento con AINEs y hasta con medicamentos narcóticos. Estas artralgias pueden ser oligo, poli o monoarticulares, afectando con más frecuencia a las rodillas (51.4%), hombros, codos y tobillos, aunque se pueden afectar también pequeñas articulaciones como las interfalángicas, su presentación puede ser intermitente (91.4%) o persistente (2). Estas artralgias pueden estar o no asociadas a la presencia de artritis, que también varía tanto en frecuencia como en el tipo de las mismas, siendo la más frecuente la artritis de tipo reactiva, implicando el síndrome de Reiter (8).

Se ha presentado una forma de artritis asociada al VIH con afección mono, poli u oligoarticular, en ocasiones simétrica (7) y se caracteriza por la ausencia de manifestaciones extraarticulares de algún otro síndrome reumatológico conocido, en algunos casos se ha presentado con infección concomitantes por microorganismos oportunistas en un sitio distante

(2,6). Predomina la afección en extremidades inferiores principalmente rodillas y/o tobillos, el cultivo del líquido sinovial resulta sin crecimiento y su estudio puede mostrar desde una sinovitis crónica moderada, una inflamación aguda o no presentar proceso inflamatorio alguno (2,7,9), solo en un caso se reporta factor reumatoide positivo (7). Esta artritis asociada al VIH se ha visto que responde bien a la terapia con AINEs y esteroides intraarticulares. Su frecuencia varía desde 0.4 hasta 11.1% (3,4,7).

También se han presentado casos de artritis psoriásica, cuya prevalencia en general es baja, 1.7 a 4.9% (2,3,4). En los casos reportados se ha visto el inicio antes o después del comienzo del SIDA (6,10) o incluso exacerbación de manera súbita del cuadro psoriásico, ya preexistente, con el inicio del SIDA y deterioro subsecuente del paciente (11). El curso concomitante de ambos trastornos puede presentarse tórpido y ser refractario a la terapia habitual con desarrollo de deformidades poliartríticas severas y limitación funcional (2,6). Las lesiones dérmicas pueden ser difíciles de distinguir de aquellas que se presentan en el síndrome de Reiter (8).

La presencia de microorganismos como causa de la artritis tiene una frecuencia de hasta un 4% (7); el patrón de afección es monoarticular y no está asociado a un antecedente traumático, los agentes aislados reportados hasta el momento incluyen: *Sporothrix schenckii*, *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *S aureus*, *C albicans*, neumococo, *M tuberculosis* (7,10) y en un caso hubo crecimiento del VIH en cultivos con hemaglutinina, detectado por la actividad de transcriptasa inversa (11). Las articulaciones afectadas han sido cadera, codo, hombro, rodilla y tobillo.

Un fenómeno interesante ha sido la presencia de vasculitis con una prevalencia de 0.4% (7), habiéndose encontrado los siguientes tipos: poliarteritis nodosa, en vasos de mediano calibre, involucrando piel, nervio y músculo, necrosis fibrinoide, vasculitis limitada al SNC (6,11),

vasculitis de la arteria temporal, angitis granulomatosa aislada (8), vasculitis eosinofílica, vasculitis necrotizante siendo ésta la más frecuente (6), vasculitis leucocitoclástica cuyas manifestaciones fueron púrpura palpable en un caso y rash purpúrico en el tronco en otro caso, éste último asociado con neumonía por P. Carini y al cambiar el tratamiento de sulfas por pentamidina las lesiones dérmicas desaparecieron (7). Es posible la participación directa del VIH en la patogénesis de éste trastorno, tal como se ha visto con otros agentes como lo son el virus de la hepatitis B, citomegalovirus, virus de Epstein Barr, aunque en la mayoría de los casos estas entidades se han excluido (11), existe un reporte de la asociación de éstos trastornos, (infección por VIH, vasculitis y hepatitis crónica por virus de Epstein Barr). (7)

Un caso de úlcera en paladar blando, dolorosa se ha reportado y cuyo estudio histológico reportó necrosis extensa de la capa muscular, con cambios inflamatorios crónicos y agudo.

Ya se ha mencionado que la artritis reactiva es relativamente frecuente, acompañada de otras manifestaciones extraarticulares tales como balanitis, conjuntivitis, uretritis, queratodermia, estomatitis, uveítis, conformando así el síndrome de Reiter, con una prevalencia de 11.2% (2), asociado esto generalmente a infecciones gastrointestinales o genitourinarias (9), algunos pacientes presentan la triada clásica, aunque es más frecuente la forma incompleta del trastorno. (2,6).

Algunos estudios han mostrado una prevalencia baja por el síndrome de Reiter, incluso menor del 0.4% (7), sin embargo en la revisión hecha por Calabrese (11), se encontraron datos variados, con reportes de 1 a 23 % y se ha pensado por tal motivo que una de las causas de tales variaciones sea el estado de la infección en que se encuentran los pacientes estudiados, ya que la mayor prevalencia del síndrome de Reiter se observa en las etapas más avanzadas de la infección (3), incluso se piensa que pueda estar involucrada una combinación de factores

genéticos e incluso ambientales (3,11), ya que se asocia en buen porcentaje al HLA-B27 (79%) y no se presenta en pacientes de raza negra (2). Las manifestaciones del síndrome de Reiter pueden preceder, ocurrir simultáneamente o seguir al inicio de la inmunodeficiencia; el cuadro clínico generalmente es grave, con oligoartritis asimétrica de los miembros pélvicos. Ni el inicio del síndrome de Reiter ni el carácter establecido del mismo parecen estar afectados por la concomitante infección por el VIH (8).

Un dato inespecífico pero frecuente en la infección por VIH lo constituye la afección muscular, siendo las mialgias el síntoma más común, presentándose un porcentaje de 4.5 hasta un 15.7% (3,4,7) y en algunos estudios se reporta menor (2). Se presenta simultáneamente con otros procesos relacionados con el VIH, ya sea de manera generalizada, o bien, localizada.

La miopatía puede ocurrir en todos los estadios de la infección por VIH, el inicio generalmente es subagudo, con debilidad muscular proximal y mialgias (8,9,12). Se han descrito dos tipos de miopatía, inflamatoria y no inflamatoria, ambas indistinguibles de la forma idiopática con niveles normales de CPK (7), pero con elevación de ésta enzima en otras ocasiones, especialmente en los casos de polimiositis que se han reportado (4,10). También se han reportado casos de atrofia muscular de grado variable, generalmente de origen multifactorial y relacionada a la presencia subyacente de trastornos neurológicos, nutricionales y/o infecciosas (6). El hallazgo común en la biopsia de músculo en la miopatía asociada al VIH es degeneración de las miofibrillas con infiltrado inflamatorio asociado de manera ocasional (12).

Se piensa que la neuropatía periférica puede ser la causa de las mialgias en los pacientes con VIH, corroborado esto en un paciente mediante estudio electromiográfico.

Han existido casos de miositis bacteriana, uno de ellos por *M. Tuberculosis* (10) así como de piomiositis en el muslo de donde se aisló *S. aureus*, con otro cuadro clínico dado por fiebre de 38oC. dolor severo del muslo, no irradiado, agudo, constante, incapacitante, con datos de inflamación asociados y que posteriormente se extendió hacia la rodilla. (13).

Se ha reportado un caso de coexistencia de infección por VIH y dermatomiositis, desarrollándose ésta última un año después del diagnóstico de seropositividad para VIH (6).

La infección por VIH es un trastorno sistémico, con múltiples manifestaciones clínicas que pueden semejar una variedad de trastornos crónicos incluyendo lupus eritematoso generalizado. (LEG).

La rara coincidencia de LEG y VIH puede ser epidemiológica, no obstante las anomalías inmunológicas resultantes por la infección por VIH puede atenuar las manifestaciones clínicas del LEG, presentando mejoría de la actividad lúpica con la depleción de la población de linfocitos T CD4 (8).

Kopelman (14) describe 5 pacientes con SIDA documentado, en quienes el diagnóstico diferencial incluyó LEG, por la naturaleza de su presentación clínica, así como la presencia de anticuerpos antinucleares positiva. Uno de los casos es de particular interés porque representa el desarrollo de SIDA en un paciente con LEG conocido (14). Cajigas (15) reporta un caso similar de paciente femenino con diagnóstico de LEG en quien se agregó infección por VIH posteriormente y falleció (15).

Los hallazgos clínicos que ambos trastornos comparten o pueden compartir y que se presentaron en éstos pacientes incluyen: enfermedad renal, rash malar, leucopenia con linfopenia, trombocitopenia, trastornos neurológicos.

Gutiérrez Urefia (5) reporta 2 casos de infección por VIH en México, cuya sintomatología inicial fueron manifestaciones reumatológicas, compatibles con LEG y síndrome de Reiter incompleto, que se descartaron por estudios de laboratorio y cuyas pruebas de ELISA y Western-Blot para VIH resultaron positivas. En éste último caso no se realizó serología para HLA B27 para confirmar o descartar la posibilidad de una enfermedad reumatológica independiente de la infección por VIH (5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y tipo de manifestaciones reumatológicas en los pacientes con infección por VIH de la consulta externa de infectología del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

JUSTIFICACION

Las manifestaciones reumatológicas en pacientes con VIH son muy frecuentes, hasta en más del 75% de los casos reportados. Cada vez se les ha concedido mayor importancia e interés. Un mejor conocimiento de las alteraciones reumatológicas en éstos pacientes puede proveer algunos datos sobre los mecanismos patogénicos de estas y otras enfermedades reumatológicas.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en una población de pacientes con infección por VIH.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y tipo de manifestaciones reumatológicas en los pacientes con infección por VIH de la consulta externa de infectología del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

JUSTIFICACION

Las manifestaciones reumatológicas en pacientes con VIH son muy frecuentes, hasta en más del 75% de los casos reportados. Cada vez se les ha concedido mayor importancia e interés. Un mejor conocimiento de las alteraciones reumatológicas en éstos pacientes puede proveer algunos datos sobre los mecanismos patogénicos de estas y otras enfermedades reumatológicas.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en una población de pacientes con infección por VIH.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y tipo de manifestaciones reumatológicas en los pacientes con infección por VIH de la consulta externa de infectología del Hospital General Dr. Manuel Gea González?

JUSTIFICACION

Las manifestaciones reumatológicas en pacientes con VIH son muy frecuentes, hasta en mas del 75% de los casos reportados. Cada vcz se les ha concedido mayor importancia e interés. Un mejor conocimiento de las alteraciones reumatológicas en éstos pacientes puede proveer algunos datos sobre los mecanismos patogénicos de estas y otras enfermedades reumatológicas.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en una población de pacientes con infección por VIH.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en muestra población de pacientes con infección por VIH.
2. Describir cuáles son las manifestaciones reumatológicas más frecuentes en ésta misma población.

HIPOTESIS

No es necesaria por el diseño de estudio.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS

- a) Universo de estudio. Todos los expedientes de pacientes con diagnóstico establecido de infección por VIH, vistos en la consulta del servicio de infectología en el periodo comprendido entre 1994 y 1997.
- b) Tamaño de la muestra. Conveniente.
- c) Criterios de selección:
 - Inclusión. Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH, independientemente de la edad y sexo. Todos deben contar con expediente clínico completo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en nuestra población de pacientes con infección por VIH.
2. Describir cuáles son las manifestaciones reumatológicas más frecuentes en ésta misma población.

HIPOTESIS

No es necesaria por el diseño de estudio.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS

- a) Universo de estudio. Todos los expedientes de pacientes con diagnóstico establecido de infección por VIH, vistos en la consulta del servicio de infectología en el periodo comprendido entre 1994 y 1997.
- b) Tamaño de la muestra. Conveniente.
- c) Criterios de selección:
 - **Inclusión.** Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH, independientemente de la edad y sexo. Todos deben contar con expediente clínico completo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en nuestra población de pacientes con infección por VIH.
2. Describir cuáles son las manifestaciones reumatológicas más frecuentes en ésta misma población.

HIPOTESIS

No es necesaria por el diseño de estudio.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS

- a) Universo de estudio. Todos los expedientes de pacientes con diagnóstico establecido de infección por VIH, vistos en la consulta del servicio de infectología en el periodo comprendido entre 1994 y 1997.
- b) Tamaño de la muestra. Conveniente.
- c) Criterios de selección:
 - **Inclusión.** Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH, independientemente de la edad y sexo. Todos deben contar con expediente clínico completo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la frecuencia de las manifestaciones reumatológicas en muestra población de pacientes con infección por VIH.
2. Describir cuáles son las manifestaciones reumatológicas más frecuentes en ésta misma población.

HIPOTESIS

No es necesaria por el diseño de estudio.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS

- a) Universo de estudio. Todos los expedientes de pacientes con diagnóstico establecido de infección por VIH, vistos en la consulta del servicio de infectología en el periodo comprendido entre 1994 y 1997.
- b) Tamaño de la muestra. Conveniente.
- c) Criterios de selección:
 - **Inclusión.** Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH, independientemente de la edad y sexo. Todos deben contar con expediente clínico completo.

- Exclusión. Se excluirán aquellos casos que sean portadores de alguna otra entidad sistémica grave que curse con manifestaciones reumatológicas. Se excluirán así mismo aquellos casos en los cuales esté incompleto el expediente clínico.
- d) Variables:
- Independientes: edad, sexo, estado civil, estado socioeconómico, hábitos sexuales, hemotransfusión, religión y lugar de residencia.
 - Dependientes: estadio de la enfermedad en que se presenta sintomatología reumatológica.
- e) Parámetros de medición. Se considera que el paciente presenta manifestaciones reumatológicas, si tiene alguno de los signos y síntomas mencionados como datos reumatológicos en la hoja de captura de datos.
- Se utilizará escala nominal.
- f) Captación de la información. Se analizarán todos los expedientes de aquellos pacientes con diagnóstico de infección por VIH, se buscará en las notas clínicas la presencia y/o ausencia de datos en relación con afección reumatológica.
- g) Hoja de captura de datos. (anexo 1).

RECURSOS

Humanos: Ya descritos.

Materiales: expedientes clínicos y tinta para escribir

Financieros: No necesarios.

VALIDACION DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva.

- Exclusión. Se excluirán aquellos casos que sean portadores de alguna otra entidad sistémica grave que curse con manifestaciones reumatológicas. Se excluirán así mismo aquellos casos en los cuales esté incompleto el expediente clínico.
- d) Variables:
- Independientes: edad, sexo, estado civil, estado socioeconómico, hábitos sexuales, hemotransfusión, religión y lugar de residencia.
 - Dependientes: estadio de la enfermedad en que se presenta sintomatología reumatológica.
- e) Parámetros de medición. Se considera que el paciente presenta manifestaciones reumatológicas, si tiene alguno de los signos y síntomas mencionados como datos reumatológicos en la hoja de captura de datos.
- Se utilizará escala nominal.
- f) Captación de la información. Se analizarán todos los expedientes de aquellos pacientes con diagnóstico de infección por VIH, se buscará en las notas clínicas la presencia y/o ausencia de datos en relación con afección reumatológica.
- g) Hoja de captura de datos. (anexo 1).

RECURSOS

Humanos: Ya descritos.

Materiales: expedientes clínicos y tinta para escribir

Financieros: No necesarios.

VALIDACION DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Tablas y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado por el reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción I: Investigación sin riesgo.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

ANEXO #1

Nombre: _____ Registro: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Residencia: _____

Edo. Civil: _____ Religión: _____ Edo. socioecon. _____

Hábito sexual: _____ Hemotransfusiones: _____

Adquisición de infección: _____

Fecha de Dx: _____ Forma de Dx: _____

Estadio de infección (CDC): _____ Linfos CD4: _____

Tratamiento: _____

Manif. NO reumatológicas: _____

Tratamiento(no reum): _____

Fecha de inicio Tx. _____

DATOS REUMATOLOGICOS:

	Si	No	Fecha
Mialgias			
Artralgias			
Artritis			
Miositis			
F. Raynaud			
Vasculitis			
Hemartrosis			
Osteomielitis			
Sd. túnel del carpo:			
Xerostomía			
Xeroftalmia			
Artritis séptica			
Otras			
Líquido sinovial			
CPK			
Aldolasa			
EMG			
ANA			

RESULTADOS

Se revisaron 68 expedientes de la consulta externa de infectología de pacientes con el diagnóstico confirmado de infección por VIH, encontrando los siguientes resultados.

El grupo estuvo conformado por 56 hombres (82%) y por 12 mujeres (18%). Con una edad promedio de 35 años (intervalo de 14-55). Los factores de riesgo conocidos reportados en los expedientes fueron: relaciones heterosexuales promiscuas en 33 pacientes (42%), relaciones homosexuales en 20 pacientes (26%) y bisexuales 9 (12%). Las transfusiones de sangre total y plasma se encontraron como factores de riesgo conocidos para la adquisición de la infección por VIH en 11 pacientes (14%), el uso de drogas por vía intravenosa en 5 pacientes (6%), aplicación de tatuajes en 2 pacientes (2.9%). En 15 pacientes se encontraron 2 o más factores de riesgo asociados (22.5%) siendo las principales vías de adquisición de la infección principalmente sexual y transfusional, en 3 pacientes no se identificaron factores de riesgo.

En relación con el estadio de la enfermedad de acuerdo a la CDC (21), se encontraron los siguientes resultados: estadio C1: 5 pacientes (7.3%), estadio C2: 4 pacientes (5.8%), estadio C3: 48 pacientes (70.5%), en 11 pacientes no se cuantificaron linfocitos CD4.

Se encontraron manifestaciones reumatológicas en 19 de los 68 pacientes (27.9%), y un total de 28 manifestaciones distintas, siendo dichas manifestaciones las siguientes: mialgias en 14 pacientes (20.5%) siendo localizadas en dos casos en miembros pélvicos y generalizadas en los demás pacientes, artralgias en 7 pacientes (10.2%), simétricas en grandes articulaciones sin un patrón de presentación específica y que disminuyeron con AINEs, en un caso se asoció artralgia de rodilla derecha con artritis de la misma sin haberse determinado la etiología (1.4%). Un paciente presentó vasculitis sin especificar el tipo de ésta ni el sitio anatómico. En un caso se presentó psoriasis y en un caso más se encontró con xeroftalmia y xerostomía.

Tres pacientes presentaron disminución del tono y fuerza muscular de manera grave en miembros inferiores asociado esto con elevación de DHL sin haberse determinado las concentraciones de CPK y en un caso estuvo asociado a un cuadro de parapsoriasis, hemorragias en astilla e incremento en los niveles de globulina y otro más presentó posteriormente hipotrofia de la extremidad afectada. No se encontraron casos de espondiloartropatías seronegativas. Los restantes 45 pacientes (66%) no presentaron sintomatología alguna.

En relación a los datos de laboratorio se encontraron elevación de inmunoglobulinas en 4 pacientes, factor reumatoide positivo en 2 pacientes y proteína C reactiva elevada en un paciente.

Entre las manifestaciones no reumatológicas que se encontraron destacan en orden de frecuencia: síndrome de desgaste, neumonía por P. Carini y otros agentes no identificados, síndrome diarreico, candidiasis oral, alteraciones del sistema nervioso central, tuberculosis extrapulmonar, infección por VPH, herpes zoster, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin principalmente

Al observar la diferencia que hay en la presentación de manifestaciones reumatológicas por sexo se encontró que las mialgias se presentaron más frecuentemente en el sexo masculino siendo un total de 11 pacientes en tanto que solo se encontró en 3 pacientes femeninos. Las artalgias se encontraron también de manera más frecuente en el sexo masculino en un total de 6 pacientes por solo una paciente femenina. Ninguna de las otras manifestaciones reumatológicas se observaron en pacientes femeninos.

MANIFESTACIONES	HOMBRES (n= 56)	MUJERES (n= 12)
REUMATOLOGICAS		
MIALGIAS	11	3
ARETRALGIAS	6	1
HIPOTONIA	3	
PSORIASIS	1	
XEROSTOMIA	1	
VASCULITIS	1	
ARTRITIS	1	

En relación al estadio de la enfermedad en que se observaron las manifestaciones reumatológicas, se pudo apreciar que las mialgias se presentaron más frecuentemente en etapas más avanzadas de la enfermedad, (9 pacientes en estadio C3 y 4 pacientes en estadios menos avanzados), en tanto que las artralgias tuvieron una distribución similar entre las distintas etapas de la enfermedad. Otras manifestaciones fueron más frecuentes en estadios avanzados (hipotonía, psoriasis y xerostomía).

MANIFESTACIONES	ESTADIOS C1-C2	ESTADIO C3
REUMATOLOGICAS		
MIALGIAS	4	9
ARTRALGIAS	3	3
HIPOTONIA		2
PSORIASIS		1
XEROSTOMIA		1
VASCULITIS	1	
ARTRITIS	1	

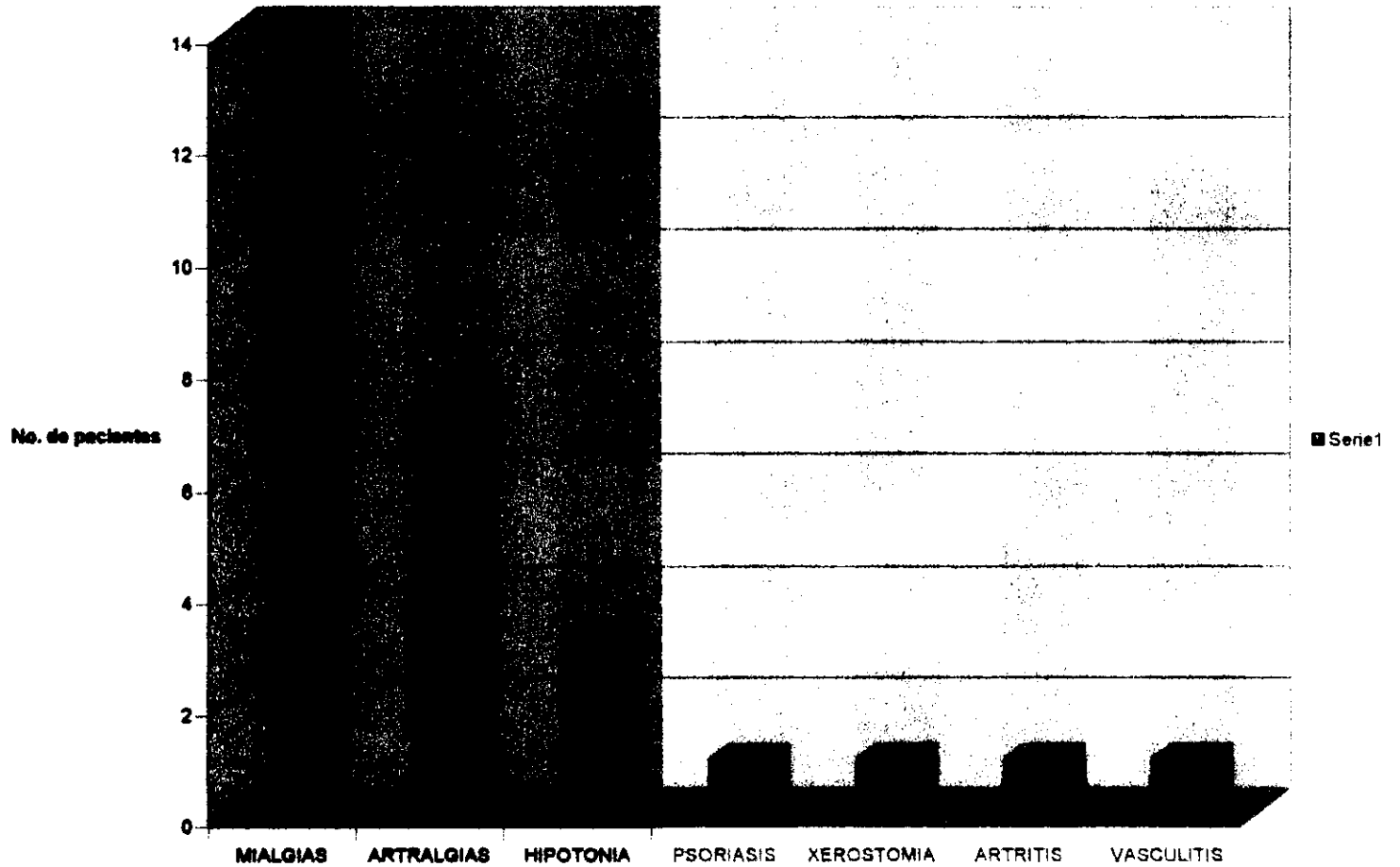
- 2 PACIENTES NO TENIAN REPORTE DE CD4

Finalmente, en relación a los factores de riesgo se encontró que las manifestaciones reumatológicas fueron más frecuentes en pacientes con actividad sexual de tipo heterosexual, siendo las mialgias las más frecuentes en 10 pacientes por sólo 4 con actividad homosexual, las artralgias en 5 pacientes heterosexuales por 2 homosexuales y el resto de las manifestaciones se encontraron en pacientes heterosexuales a excepción de la xerostomía, dos pacientes con mialgias tenían antecedente de transfusión sanguínea y uno con artralgias.

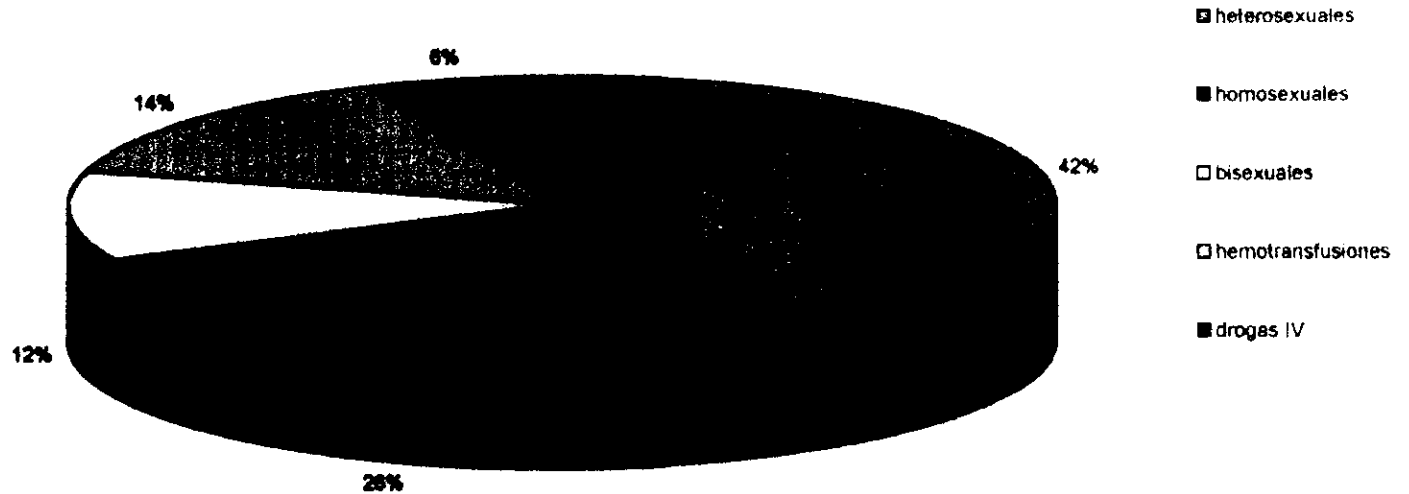
M. R.	Hetero--- sexual	Homo--- sexual	Bisexual	Trans- fusión	Drogas IV
Mialgias	10	4		2	
Artralgia	5	2		1	
Hipoton.	3				
Psoriasis	1				
Xerostom		1			
Vasculit.	1				
Artritis	1				

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIH



FACTORES DE RIESGO



	Steinbach (n= 45)	Berman (n= 101)	Nuestra serie (n= 68)
ARTRALGIAS	0	35	7
ARTRITIS	4 (infecciosa)	12	1
MIALGIAS	0	0	14
S. REITER	0	10	0
VASCULITIS	0	1	1
S. ARTICULAR DOLOROSO	0	10	0
POLIMIOSITIS	1	2	0
PSORIASIS	1	2	1
MIOSITIS	10 (bacteriana)	0	3 (Filipetonia)
S. SICCA	0	0	0
NINGUNA	29	29	49

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos en éste estudio y los datos que se han encontrado en otras series se puede apreciar que las manifestaciones reumatológicas tienen una presentación muy variable, tanto en la frecuencia como en el tipo de las mismas, tal es el caso del síndrome de Reiter, que aparece como el trastorno reumatológico más común en algunas series (3), sin embargo en éste análisis la frecuencia es de 0% y lo que predomina son las mialgias y artralgias, aunque es necesario precisar que éstas pudiesen ser parte de sintomatología generalizada inespecífica de un síndrome de desgaste y no precisamente parte de una entidad reumatológica determinada, lo que hace necesario realizar análisis de laboratorio para confirmar una u otra posibilidad.

En general, las miopatías son frecuentes en éstos pacientes y es algo que se ha confirmado en éste estudio, pues aunado a las mialgias se encontró debilidad muscular importante e hipotrofia localizada en un caso similar a lo que reportó Espinoza (6) en su serie de casos.

Al igual que las mialgias, las artralgias son síntomas inespecíficos y su frecuencia también es muy variable, de igual manera pueden o no acompañarse de artritis, en el caso que se reporta con artritis, por las características de presentación hace pensar que se trata de una artritis asociada al VIH, sin embargo faltó la confirmación por laboratorio.

Kopelman (14) y Cajigas (15) reportan la presencia de SIDA en pacientes con LES ya anteriormente diagnosticado y en el presente estudio no encontramos un caso semejante, sin embargo hay manifestaciones que hicieron pensar en dicho padecimiento: eritema malar en 2 casos y uno de ellos asociado a xeroftalmia y xerostomía así como hemorragias en astilla.

Como datos relevantes de laboratorio se encontró incremento de globulinas en 2 casos y factor reumatoide en 2 más.

Ahora bien, queda claro que las manifestaciones presentadas en éste análisis varía de manera importante respecto a lo reportado en otras series, los factores de riesgo conocidos asociados y el estadio de la infección en que se encuentran los pacientes al tiempo de presentar manifestaciones reumáticas (estadios avanzados) son similares en todos los casos reportados, lo que hace probable que existan factores asociados tales como determinantes genéticos, ambientales y otros que contribuyan a la expresión clínica de tales manifestaciones. Es también importante tener presente la asociación de manifestaciones reumáticas y la infección por VIH, ya sean trastornos aislados o un cuadro florido, sobre todo en pacientes con factores de riesgo para adquirir la infección, pues de no ser así se estará pasando por alto frecuentemente la realización del diagnóstico, lo que pudo haber sucedido en nuestro estudio. Es importante realizar también monitoreos continuos con pruebas de laboratorio en éste tipo de pacientes para realizar un mejor y más temprano diagnóstico, por ejemplo la determinación de urato sérico para la detección de neoplasias y de manera específica sarcoma de Kaposi, como se reporta en el estudio de Medina (20).

CONCLUSIONES

1. La presencia de las manifestaciones reumatológicas en general encontradas en el estudio fue de 27.9%, menor a lo reportado en la literatura.
2. Las mialgias fueron la manifestación más común en nuestra serie, con una prevalencia de 20.5%, a diferencia de otras series en las que predominan las espondiloartropatías seronegativas, que no se encontraron en éste estudio.
3. Los factores de riesgo conocidos para la infección por VIH en ésta población de pacientes son similares a las reportadas en otros estudios, predominando las relaciones sexuales como vía de transmisión.
4. El inicio de las manifestaciones reumatológicas se correlaciona en gran porcentaje con estadios avanzados de la infección por VIH, lo cual no difiere de lo observado en otras series.

BIBLIOGRAFIA

1. Porras Cortés G., Viana JJ. Manifestaciones clínicas de la infección primaria por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enf Infec Microb.* 1994; 14: 110-112
2. Berman A, Espinoza L R, Díaz JD, et al. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988; 85 59-64
3. Calabrese LH, Kelley MD Myers A, et al. Rheumatic symptoms and human immunodeficiency virus infection. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 257-263
4. Berman A, Reboredo G, Splinder A, et al. Rheumatic manifestations populations at risk for HIV infection: the added effect of HIV. *J Rheumatol* 1991; 18:1564-1567
5. Gutiérrez Urefa SR, Chamorro Morales N, Villela González G, et al. Manifestaciones reumatológicas como sintomatología inicial en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Reporte de 3 casos. *Rev Mex Reumatol.* 1992; 7: 145-148
6. Espinoza LR, Aguilar JL, Berman A. et al, Rheumatic manifestations asociated with human immunodeficiency virus infection *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1615-1622
7. Muñoz fernández S, Cardenal A, Balsas A, et al. Rheumatic manifestations in 556 patiens with human immunodeficiency virus infection. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21: 30-39
8. Kaye BR. Rheumatologic manifestations of infection with human immunodeficiency virus (HIV). *Ann Intern Med* 1989; 111: 158-167
9. Rynes RI. Painful rheumatic syndromes associated with human immunodeficiency virus infection. *Rheum Dis Clin North Am* 1991; 17: 79-87
10. Steinbach LS, Tehranzadeh J, Fleckenstein JL, et al. Human immunodeficiency virus infection: musculoskeletal manifestation. *Radiology* 1993; 186: 833-838
11. Calabrese LH. Rheumatic manifestation of infection with the human immunodeficiency virus. *Semin Arthritis Rheum* 1989; 18: 225-239

12. Simpson DM, Tagliati M. Neurologic manifestations of HIV infection. *Ann Intern Med* 1994; 121: 769-785
13. Gaut P, Wong PK, Meyer RD. Pyomyositis in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med*. 1988; 148: 1608-1610
14. Kopelman RG, Zola Pazner S. Association of human immunodeficiency virus infection and autoimmune phenomena. *Am J Med* 1988; 84: 82-87
15. Cajigas JC, Farias A. Coexistencia de lupus eritematoso sistémico y SIDA. Reporte de un caso (resumen). *Rev Mex Reumatol* 1996, 11 (suppl): 63.
16. Calabrese LH, Wilke WS, Perkins AD, et al. Rheumatoid arthritis complicated by infection with the human immunodeficiency virus and the development of Sjogren syndrome. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1453-1457
17. Ornstein MH, Kerr LD, Spiera. A reexamination of the relationship between active rheumatoid arthritis and the acquired immunodeficiency syndrome. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1701-1706
18. Rosenberg ZS, Norman A, Solomon G. Arthritis associated with HIV infection: radiographic manifestations. *Radiology*. 1989; 173: 171-176
19. Calabrese LH. Human immunodeficiency virus (HIV) infection and arthritis. *Clin Rheum Dis North Am* 1993; 19: 477-483
20. Medina RF, Hermida CJ, Irigoyen L. Impacto del virus de inmunodeficiencia humana sobre manifestaciones reumatológicas en poblaciones de alto riesgo. *Rev Mex Reumat*. 1993; 86: 225-234.