

11227

61

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

TITULO "HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS POR NECROPSIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA".

INVESTIGADOR: DR. ACIEL CRUZ MENDEZ

ASESOR DE TESIS: DR. MUSLIM SCHABIB HANY.

DR. BULMARO MANJARREZ TELLEZ.

DR. BALDOMERO HERNÁNDEZ JOHNSTONE.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



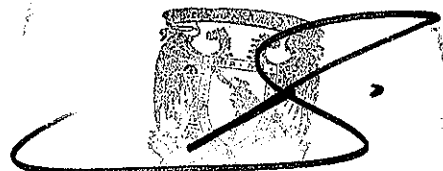
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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. ALBERTO TREJO GONZALEZ
TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

DR. HECTOR ARIZMENDI GARCIA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

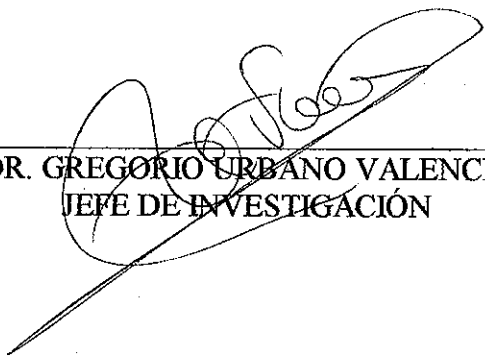


DR. MUSLIM SCHABIB HANY
ASESOR DE TESIS

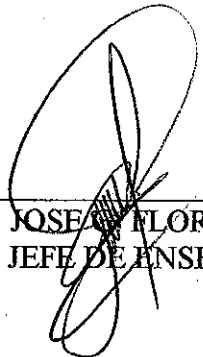
DR. BULMARO MANJARREZ TELLEZ
ASESOR DE TESIS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





DR. GREGORIO URBANO VALENCIA
JEFE DE INVESTIGACIÓN



DR. JOSÉ FLORES GALICIA
JEFE DE ENSEÑANZA



DR. ARIEL CRUZ MENDEZ
INVESTIGADOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

1.- SUMMARY	1
2.- RESUMEN	2
3.- INTRODUCCION	3
4.- MATERIAL Y METODOS	4
5.- RESULTADOS	4
6.- DISCUSIÓN	8
7.- BIBLIOGRAFÍA	10

SUMMARY

The discoveries of 25 autopsies are presented in patients that died for Acquired Immunodeficiency Syndrome and illnesses related in the General regional hospital Ignacio Zaragoza of the ISSSTE, in a 10 year-old period. 23 cases (92%) they were men and 2 (8%) women, with age average of 42.76 ± 12.9 years, the factor of more common risks was the homosexuality without protection (72%).

The initial clinical manifestations observed with more frequency are: cough y/o breathing difficulty in 15 cases (60%), diarrhea in 15 (60%) and migraine y/o focal neurological deficit in 6 (24%). Among the germs more opposing opportunists they figure: *Pneumocystis carinii* in 12 cases (48%), with localization lung exclusively; mycobacterium in 8 (32%) that were cause of infection disseminated and Cytomegalovirus in 7 in their entirety (28%) with lung affection and encefalica. The infections for mycobacterium and Citomegalovirus were not diagnosed in the study clinical premortem in 87.5 and 85.7% respectively, in turn there were illnesses identified in the clinical study that you/they were not identified by histopathologic like they are: enteropatias, sepsis and candidiasis mucocutaneous or esophageal. 5 cases of limphoma non hodgkin and 2 Kaposi's sarcoma in skin. The affection for apparatuses and systems was: Breathing 23 cases (92%), liver, spleen and lymph node in 14 (56%) and nervous central 7 (28%). The obtained results are similar to that reported in other national and international series

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se presentan los hallazgos de 25 necropsias en pacientes que fallecieron por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y enfermedades relacionadas en el hospital regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en un periodo de 10 años.

23 casos (92%) fueron hombres y 2 (8%) mujeres, con edad promedio de 42.76 ± 12.9 años, el factor de riesgos más común fue la homosexualidad sin protección en el 72%. Las manifestaciones clínicas iniciales observadas con mayor frecuencia son: tos y/o dificultad respiratoria en 15 casos (60%), diarrea en 15 (60%) y cefalea y/o déficit neurológico focal en 6 (24%). Entre los gérmenes oportunistas más encontrados figuran: *Pneumocystis carinii* en 12 casos (48%), con localización pulmonar exclusivamente; micobacterias en 8 (32%) que en su totalidad fueron causa de infección deseminada y Citomegalovirus en 7 (28%) con afección pulmonar y encefálica. Las infecciones por micobacterias y Citomegalovirus no se diagnosticaron en el estudio clínico premortem en 87.5 y 85.7% respectivamente, a su vez hubo enfermedades identificadas en el estudio clínico que no se identificaron por histopatológica como son: enteropatías, sepsis y candidiasis mucocutánea o esofágica. Se encontraron 5 casos de linfoma no hodgkin y 2 sarcomas de Kaposi en piel. La afección por aparatos y sistemas fue la siguiente: Respiratorio 23 casos (92%), hígado, bazo y ganglios linfáticos en 14 (56%) y nervioso central 7 (28%). Los resultados obtenidos son similares a lo reportado en otras series nacionales e internacionales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad infecciosa e inevitablemente mortal, fue descrito por primera vez en Estados Unidos de Norte América, en 1981, y se ha extendido posteriormente a todo el mundo. Redefinido entre 1993 y 98, comprende a todo individuo con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y linfocitos T CD4+ menores de 200 células/mm³ (ó inferiores a 14% del total de linfocitos) al margen de si concuerda alguna entidad "índice". En México, los primeros casos de SIDA se reportaron en de 1983 y las primeras series de necropsia en 1987. En el servicio de Patología del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se realizó la primera necropsia en SIDA en 1987 y desde 1991 a la actualidad se efectuaron otros 25 estudios los cuales se analizan en este trabajo.

Los exámenes histopatológicos post-mortem en pacientes con SIDA han demostrado su utilidad para confirmar o descubrir infecciones oportunistas y neoplasias no diagnosticadas en vida, para valorar la respuesta a diferentes tratamientos aplicados y describir otros padecimientos asociados; lo anterior ha permitido un manejo más adecuado de los sujetos vivos en tratamiento.

Investigaciones internacionales en las que se analizan resultados de necropsias en pacientes con SIDA como el de Wilkes y cols. en 1993, reportaron que los padecimientos oportunistas pulmonares son los más frecuentes: la neumonía bacteriana en el 34%, las micobacteriosis pulmonares en el 33% y la Pneumocystosis en 24%; así mismo encontraron discrepancia entre los diagnósticos pre-mortem y los hallazgos histopatológicos: 74% de los casos sometidos a necropsia tuvieron enfermedades relacionadas a SIDA no detectadas por la clínica, las más frecuentes fueron las infecciones por Citomegalovirus, *Mycobacterium avium-intracellulare* y micosis sistémicas; ésto se explica por la escasa disponibilidad, baja sensibilidad-especificidad y complejidad de las pruebas diagnósticas.

En nuestro país, el estudio de mayor trascendencia en esta área fue realizado en 1991 por Gómez y cols, en casos del Hospital de Infectología del Instituto Mexicano del Seguro Social; esta serie mostró al Citomegalovirus como el agente oportunista más frecuente (78.4%); *Mycobacterium sp.* (25.4%) y *Pneumocystis carinii* (21.5%) ocuparon el segundo y tercer lugar en frecuencia, respectivamente.

En México, se llevan a cabo pocos estudios de necropsia en pacientes con SIDA debido a la poca aceptación del procedimiento por los familiares, y porque algunos médicos han cuestionado su utilidad en presencia de métodos de diagnóstico de alta sensibilidad-especificidad y a supuestos "riesgos" de este examen. Sin embargo, nosotros consideramos que el estudio post-mortem es de suma importancia y que debe realizarse en todo paciente fallecido por SIDA y enfermedades relacionadas: la sistematización de su análisis, a partir de investigaciones como la presente, aportaría datos valiosos referidos a la frecuencia o tipo de afecciones oportunistas y permitiría su acopio en una base de datos nacional, su comparación con reportes de otros países y el fundamento necesario para planes de abordaje médico del problema.

El **objetivo** de este trabajo es describir las lesiones histopatológicas que se encontraron en 25 pacientes fallecidos por SIDA, comparar los diagnósticos clínicos con los patológicos finales y establecer el grado de correlación entre ellos.

MATERIAL Y METODOS

El diseño fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal: "bloque de casos".

Se efectuó la revisión retrospectiva de 11 expedientes clínicos disponibles y 14 resúmenes de alta por defunción –pérdida de expedientes por baja médica e inundación en el Archivo Clínico hospitalario-, además de los "protocolos" de necropsia y laminillas histológicas de 25 pacientes fallecidos por SIDA y enfermedades asociadas durante el periodo comprendido entre Agosto de 1991 y Julio de 2001 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", del ISSSTE.

En todos los casos se resumieron los siguientes datos: edad, sexo, factor de riesgo para adquirir la infección por el VIH, presentación clínica inicial, diagnósticos clínicos en la última enfermedad y diagnósticos histopatológicos finales.

Las laminillas histológicas fueron teñidas con Hematoxilina-Eosina y algunas de las siguientes tinciones en casos especiales: Ziehl-Neelsen, de plata para hongos (Gomori u otra), ácido peryódico de Schiff (PAS) y fibras reticulares.

Después del resumen y análisis básicos de los datos, se utilizó estadística no paramétrica para comparación de series de diagnósticos clínicos e histopatológicos mediante aplicación de la ji cuadrada (χ^2), sin pretender inferencias epidemiológicas y sólo para ilustrar sus tendencias generales.

RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se revisaron 25 casos de necropsia: 23 (92 %) varones y 2 (8 %) mujeres; el rango de edad fue de 13 a 67 años, con una media de 42.76 ± 12.90 . Los factores de riesgo registrados fueron relaciones homosexuales sin protección en 18 (72 %), relaciones heterosexuales con prostitutas en 3 (12 %), bisexualidad sin protección en 2 (8 %) y pareja masculina infectada en las 2 mujeres (8 %):
Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo en 25 casos de SIDA fallecidos entre 1991 y 2001

Factor de riesgo	Número de casos	Porcentaje
Homosexualidad no protegida	18	72
Relaciones heterosexuales con prostitutas	3	12
Bisexualidad masculina no protegida	2	8
Cónyuge masculino infectado	2	8

MATERIAL Y METODOS

El diseño fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal: "bloque de casos".

Se efectuó la revisión retrospectiva de 11 expedientes clínicos disponibles y 14 resúmenes de alta por defunción –pérdida de expedientes por baja médica e inundación en el Archivo Clínico hospitalario-, además de los "protocolos" de necropsia y laminillas histológicas de 25 pacientes fallecidos por SIDA y enfermedades asociadas durante el periodo comprendido entre Agosto de 1991 y Julio de 2001 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", del ISSSTE.

En todos los casos se resumieron los siguientes datos: edad, sexo, factor de riesgo para adquirir la infección por el VIH, presentación clínica inicial, diagnósticos clínicos en la última enfermedad y diagnósticos histopatológicos finales.

Las laminillas histológicas fueron teñidas con Hematoxilina-Eosina y algunas de las siguientes tinciones en casos especiales: Ziehl-Neelsen, de plata para hongos (Gomori u otra), ácido peryódico de Schiff (PAS) y fibras reticulares.

Después del resumen y análisis básicos de los datos, se utilizó estadística no paramétrica para comparación de series de diagnósticos clínicos e histopatológicos mediante aplicación de la ji cuadrada (χ^2), sin pretender inferencias epidemiológicas y sólo para ilustrar sus tendencias generales.

RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se revisaron 25 casos de necropsia: 23 (92 %) varones y 2 (8 %) mujeres; el rango de edad fue de 13 a 67 años, con una media de 42.76 ± 12.90 . Los factores de riesgo registrados fueron relaciones homosexuales sin protección en 18 (72 %), relaciones heterosexuales con prostitutas en 3 (12 %), bisexualidad sin protección en 2 (8 %) y pareja masculina infectada en las 2 mujeres (8 %):
Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo en 25 casos de SIDA fallecidos entre 1991 y 2001

Factor de riesgo	Número de casos	Porcentaje
Homosexualidad no protegida	18	72
Relaciones heterosexuales con prostitutas	3	12
Bisexualidad masculina no protegida	2	8
Cónyuge masculino infectado	2	8

Las manifestaciones clínicas iniciales correspondieron a los siguientes órganos o sistemas: respiratorio (tos y/o falla respiratoria) en 15 casos (60%), digestivo (diarrea) en 15 (60%), nervioso central (cefalea y/o déficit focal) en 6 (24%) y generales: fiebre en 5 (20 %) y desgaste en 2 (8%). En la última enfermedad, en base a datos clínicos, se halló afección de los siguientes órganos y sistemas: respiratorio en 13 casos (52%), hígado, bazo y ganglios linfáticos en 7 (28%), digestivo en 7 (28%), nervioso central en 5 (20%), sistémica en 2 (8%), piel en 2 (8%) y retina en 1 (4%); de acuerdo con esto se establecieron los diagnósticos que se registran en la **tabla 2**.

Los hallazgos histopatológicos correspondieron a: neumonía por *Pneumocystis carinii* en 12 casos (48%), micobacteriosis diseminada en 8 (32%), Linfoma No Hodgkin en 5 (20%), neumonía por *Citomegalovirus* (CMV) en 4 (16%), encefalitis por CMV en 3 (12%), Toxoplasmosis diseminada en 2 (8%) y cerebral en 1 (4%), Histoplasmosis diseminada, Candidiasis diseminada, Sarcoma de Kaposi y Criptococosis meníngea en 2 (8%) respectivamente, y Leucoencefalopatía multifocal y Criptosporidiosis en 1 (4%) para cada entidad. Los estudios histopatológicos fueron compatibles o concluyentes de infección por los siguientes gérmenes: *Pneumocystis carinii* en 12 casos (48%), micobacterias en 8 (32%), CMV en 7 (28%), *Toxoplasma gondii* en 3 (12%), *Candida albicans*, *Histoplasma capsulatum* y *Criptococo neoformans* en 2 (8 %) para cada uno y *Cryptosporidium* 1 (4%). Hubo invasión de un solo agente en 11 casos (44%), de 2 en 8 (32%), y 3 o más microorganismos en 6 (24%). Lo anterior se resume en la **tabla 3**.

Tabla 3: Gérmenes oportunistas encontrados en 25 necropsias por histopatológicos.

Agente	Numero de casos	Porcentaje
<i>Pneumocystis carinii</i>	12	48
Micobacterias	8	32
Citomegalovirus	7	28
<i>Toxoplasma gondii</i>	3	12
<i>Candida albicans</i>	2	8
<i>Histoplasma capsulatum</i>	2	8
<i>Cryptococcus neoformans</i>	2	8
<i>Cryptosporidium sp.</i>	1	4

La afección a órganos y sistemas fue la siguiente:

- Respiratorio en 23/25 casos (92%): *Pneumocystis carinii* en 12, CMV en 4, micobacterias en 3, *Histoplasma capsulatum* 2 y *Candida albicans*. 2
- Hígado, Bazo y ganglios linfáticos abdominales 14/25 casos de infección (56%); por micobacterias: 8, *Toxoplasma gondii*, *Histoplasma capsulatum* y *Candida albicans*: 2 para cada uno de ellos. Además 5 casos por Linfoma no Hodgkin.
- Sistema Nervioso Central: 7 casos (28%); por CMV: 3, *Criptococcus neoformans*: 2 y *Toxoplasma gondii*: 1; se comprobó Leucoencefalopatía multifocal en 1.
- Intestino 2 casos (8%); por *Cryptosporidium*: 1, y micobacteriosis diseminada con afección intestinal: 1 caso.
- Piel 2 casos (8%) por Sarcoma de Kaposi.
- Boca y Esófago 2 casos (8%) por *Candida albicans*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Principales Diagnósticos Clínicos (C) y Patológicos (P) en 25 casos de VIH-SIDA con necropsia

CASO	NEURONIA POR P. CARINII	TOXOPLASMOSIS 1. ENCEFALICA O 2. DISEMINADA.	HISTOPLASMOSIS DISEMINADA	MICROBACTERIOSIS 1. PULMONAR O 2. DISEMINADA	LEUCO. ENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA	CANDIDIASIS 1. MUCOGUTANA 2. ESOFAGICA O 3. DISEMINADA	CRIPTOCOCOSIS MENINGEA	CITOMEGALOVIRUS 1. RETINIANO 2. PULMONAR O 3. ENCEFALICO	LINFOMAS 1. NO HODGKIN 2. OTROS	SEPSIS	SARCOMA DE KAPOSZ	ENTEROPATIA 1. BACTERIANA O 2. PARASITARIA
1	C/P					C2/o		o/P2				
2	C/P											
3	C/P	C1/P2		o/P2								
4	o/P	C1/P2		o/P2				C1/P3				
5	C/o		o/P									C1/o
6	C/P							o/P3				C1/o
7			C/P									
8									C1/P1			
9						C1/o		o/P3			C/P	
10	C/P			C2/o		C1/o		o/P2			C/P	
11	C/o			C2/P2		C1/o						
12				C1/o				o/P2				C1/o
13				o/P2		C2/o			o/P1			
14	C/P					C1/o		o/P2				C1/o
15												
16	C/P					C1/o	C/P					C1/o
17	o/P					C1/o			C1/P1	C/o		C1/o
18				o/P2								
19		C1/P1					o/P					
20	o/P			o/P2						C/o		
21				o/P2					C1/P1			
22	C/P			o/P2		o/P3						
23	C/o			o/P2		o/P3						
24	o/P				o/P	C2/o			C2/P1			C2/P2
25	C/o											

1. Los casos sombreados son aquellos en los que se realizó revisión exhaustiva de expediente clínico.

2. C: Diagnóstico Clínico.

3. P: Diagnóstico Patológico.

4. o: Omisión de diagnóstico.

5.- El número después de la letra indica la localización o clasificación de la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 7/11 casos se encontraron 9/33 infecciones oportunistas no diagnosticadas pre-mortem (revisión de expedientes disponibles), aparte de 21/66 diagnósticos infectológicos demostrados por patología y omitidos en los 18/25 resúmenes de alta por defunción. Un Linfoma no Hodgkin fue diagnosticado como Enfermedad de Hodgkin por Patología antes de su deseso. Ver tabla 4;

Tabla 4: Enfermedades asociadas a SIDA no detectadas clínica o patológicamente en los 25 casos.

Enfermedad	Casos totales	% del total	No detectados pre-mortem	% de casos	No hallados por patología	% de casos
Neumonía por Citomegalovirus	4	16 [6]	4 (3)	100	0	0
Encefalitis por Citomegalovirus	3	12 [5]	2 (1)	66	0	0
Micobacteriosis diseminada	10	40 [15]	6 (1)	60	2	25
Criptococosis cerebral	2	8 [3]	1 (0)	50	0	0
Candidiasis muco-cutánea, esofágica o diseminada	9: 5-2-2	36 [14]	2 (0)	22	7	77
Histoplasmosis diseminada	2	8 [3]	1 (1)	50	2	100
Toxoplasmosis cerebral-diseminada	3	12 [5]	0 (0)	100	0	0
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	16	54 [25]	4 (2)	25	4	25
Enteropatía bacteriana o parasitaria	7: 6-1	28 [11]	0 (0)	100	6	85
Sepsis bacteriana	2	8 [3]	0 (0)	0	2	100
Leucoencefalopatía multifocal	1	4 [1]	1 (1)	100	0	0
Sarcoma de Kaposi	2	8 [3]	0 (0)	0	0	0
Linfoma no Hodgkin	5	20 [8]	1 (0)	20	0	0
Totales	66		22 (6)		27	

Los corchetes representan el porcentaje de la entidad entre los diagnósticos asociados a SIDA encontrados: cada caso tuvo 2.6 diagnósticos como promedio.

Los paréntesis corresponden a diagnósticos no incluidos en 4/11 expedientes clínicos revisados detalladamente.

Las mediciones y análisis aplicados para dilucidar las tendencias generales en el problema: destacaron la preeminencia de la metodología clínica y para-clínica en el diagnóstico de algunos padecimientos: candidiasis muco-cutánea y esofágica, enteropatías y sepsis —especialmente bacterianas—. El mejor alcance de la histopatología en el hallazgo de enfermedades asociadas al SIDA fue manifiesto en infecciones por micobacterias, CMV y granulomatosas. Esto se demostró con el agrupamiento de entidades para efecto de una prueba de ji cuadrada: con un nivel de confianza de este modelo $p < 0.01$: ($\chi^2 = 13.85$ con $G1 = 1$) y por tanto significativo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El SIDA es un problema mundial con riesgos generales reconocidos. En nuestra serie se refrendó la afección principal de hombres, adultos jóvenes, económicamente activos, en los que predominó el antecedente de sexo no protegido "de hombre con hombre", homosexual o bisexual, como el factor prevalente para contraer la enfermedad; no corroboramos antecedentes de transfusiones, drogadicción intravenosa ni transmisión vertical de la infección por VIH entre nuestros casos.

La frecuencia encontrada de infecciones oportunistas fue diferente a comunicaciones previas: en nuestro estudio, y al añadir los casos en que se demostraron microbiológicamente antes del deceso, fue más común la causada por *Pneumocystis carinii* (64%), seguida por las micobacteriosis (40%); quedó en tercer sitio la infección por CMV (28%) que figura en informes nacionales e internacionales como el oportunista más frecuente en el SIDA tardío. En nuestro estudio informamos de infección diseminada por micobacterias en 9/10 casos, sin embargo, no se contó -en estos casos- con los métodos de tipificación y la imagen histológica de macrófagos azulados repletos de bacterias teñidas con Ziehl-Neelsen o ácido peryódico de Shiff que sugiera infección por micobacterias atípicas, por lo que se catalogaron dentro del genero *Mycobacteria* sin especiación y abarcan infecciones tuberculosas predominantes en nuestro medio al igual que micobacteriosis atípicas.

En general la histopatología fue capaz de mayor precisión nosológica y topográfica que el abordaje clínico pre-mortem. Esto es notorio en casos de: a. **micobacteriosis pulmonares** o diseminadas en que identificó 8 de 10 casos, b. **infecciones pulmonar y neuro-retiniana por CMV** en las cuales detectó al 100%, c. **toxoplasmosis encefálica o diseminada** donde confirmó casos conocidos pre-mortem y permitió diagnosticar formas de diseminación no esperadas; d. **histoplasmosis, criptococosis** y obviamente en entidades neoplásicas como el **linfoma no hodgkin** y el **sarcoma de kaposi**, además de un caso de **leucoencefalopatía multifocal progresiva** para los cuales la histopatología representa un recurso auxiliar privilegiado en el abordaje clínico. En la **neumocistosis pulmonar** hubo igualdad en el alcance discriminativo de la clínica como la patología con la misma frecuencia de diagnósticos y de omisiones, atribuibles a remisiones clínicas anteriores al deceso, en algunos casos en que ya no hubo evidencia histopatológica. Esto mismo explica la ausencia de cambios en **candidiasis mucocutánea y esofágicas** en las que se habían demostrado, previamente, lesiones características y formas invasoras de esta levadura; en esta entidad, sin embargo, encontró formas diseminadas. Son evidentes las limitaciones de la histopatología en el diagnóstico de **infecciones enterales y sepsis** en las que los agentes no producen lesiones histopatológicas patognomónicas o para los que se carece de estudios-tinciones específicos (al menos en nuestro centro) las que comportan dificultades para la histología post-mortem: Patología, dentro de lo esperado, no reportó **infecciones bacterianas diseminadas** (*Salmonella sp.*, *E.coli* u otras).

Se encontraron 5 casos de linfoma que correspondieron a Linfoma No Hodgkin; éstos están considerados -especialmente los de estirpe B: sistémicos o primarios de cerebro- como los más frecuentes en pacientes con SIDA; estos hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura nacional. Un caso de linfoma no Hodgkin, por necropsia, se había reportado como enfermedad de

Hodgkin en el estudio histopatológico de una biopsia de ganglio cervical: esta discrepancia diagnóstica fue atribuida a la mala calidad de la muestra inicial.

En la literatura nacional e internacional; el aparato respiratorio es el sitio de afección más común; en nuestra serie hubo afección pulmonar en casi todos los casos (92%). No obstante, no se encontró datos sugestivos de neumonía bacteriana, cuyo hallazgo histopatológico está restringido por su carácter rápidamente evolutivo y la ausencia de alteraciones patognomónicas. *Pneumocystis carinii* fue, en esta localización, el agente más común. La afección de hígado-bazo-linfáticos y sistema nervioso central se halló en segundo y tercer lugar respectivamente (56 y 28 %).

Los agentes que produjeron infección localizada con mayor frecuencia, en nuestra revisión de necropsias fueron *Pneumocystis carinii* 12 (48%) y CMV 7 (28%); y las micobacterias fueron la causa prevalente de infección diseminada 8 (32%).

En resumen, las características reportadas en cada paciente pueden considerarse representativas del curso clínico y co-morbilidades del enfermo con SIDA avanzado; a pesar de esto, es excesivo alcanzar con el total de nuestros casos posibilidades de inferencia estadística o resultados consistentes o extrapolables al abordaje de los casos individuales ni como panorama epidemiológico regional o local.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1- Mejia MC. Hallazgos post-mortem en 30 pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Actualidades medico-quirurgicas. Rev. Med. IMSS (Mex) 1998; 57-63.

- 2- Gómez CG, Villareal UC. Hallazgos histopatológicos en 102 autopsias de pacientes con SIDA. Agentes oportunistas y neoplasias mas frecuentes. Rev Med IMSS (Mex) 1992; 30:171-6.

- 3- Uberti F, Catarina MD. Citomegalovirus Pneumonia in AIDS Patients. Chest. April 1998; 113(4):919-923.

- 4- Vahakn S, Srinivasan R. Prevalence of HIV-Associated Nephropathy in Autopsies of HIV-Infected Patients. American Journal of Kidney Disease. may 2000; 35; 5: 884-91

- 5- Wilkes MS, Fortin AH. Value of necropsy in acquired immunodeficiency syndrome. Lancet 1998; 2 (8602): 85-8.

- 6- Bekele A, William G. Pulmonary Complications of HIV Infection Findings. Chets 1998; 5; 113: 1125-36.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN