

MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES CON VIH - SIDA COMPLICATED ACUTE APPENDICITIS CARE OF HIV - AIDS PATIENTS

*José Alberto Torrico Camacho.

*Edgar Fernández Ríos.

**Juan Pablo Torrico Vilte.

INTRODUCCION

El virus de la inmuno-deficiencia humana (V.I.H.), es el agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) y está clasificado taxonómicamente, dentro del genero Lentivirus de la familia Retroviral. Los virus de este género se caracterizan por funcionar y destruir las celulas hospederas (citocides) y por producir infecciones lentas, en las cuales la aparición de síntomas está separada del momento de la infección por muchos años^{1,2,3}.

La primera comunicación médica, de personas fallecidas por SIDA, fue realizada en África en 1970.

Los primeros casos del Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida (S.I.D.A.) fueron descritos en 1981 en la ciudad de Los Angeles EE.UU. y extendiéndose a todo el mundo en forma de pandemia.

Entre las primeras victimas de esta enfermedad y que rompieron el silencio, están la física nuclear Mileva Batín por un espurio amorío con Joseph Broz Tito forjador de Yugoslavia, el británico Freddie Mercury fue una de las grandes estrellas de la música contemporánea y el caso mas sonado fue del actor Rock Hudson.

Entre 1983 y 1984 los doctores Robert Gallo y Luc Montagnier son declarados como los co-descubridores del virus de la inmuno deficiencia

humana (VIH).

En 1985 en Cochabamba se diagnostica clínicamente y laboratorialmente, el primer caso de SIDA.

MECANISMOS DE TRANSMISION

Los únicos reservorios naturales del VIH, están en los tejidos y fluidos de los individuos infectados (sangre, líquido cefalorraquídeo, semen, secreciones vaginales, secreciones inflamatorias, leche materna) y no se ha establecido su existencia en especies de animales, aire, agua, en la tierra, ni en los alimentos^{4,5}.

Los principales puertos de entrada del VIH en el organismo humano, son las mucosas, la piel con soluciones de continuidad; no atraviesa la piel intacta.

El SIDA se transmite de las siguientes formas, vía sexual en un 95%, perinatal 3% y por vía sanguínea 2%, siendo los hombres los mas afectados con el 73% , las mujeres con el 27% y en forma iatrogénica o accidental, se infectan por transfusiones, inseminación artificial, hemodiálisis, transplantes, inyectables, acupuntura, lesiones con instrumentos contaminados con sangre un 3 a 5%.

La transmisión por exposición ocupacional, en las enfermeras 68,6%, manuales 16,6%, cirujanos 9,8%,

* Médico Servicio de Cirugía de la Caja Nacional de Salud - Cochabamba Bolivia.

** Estudiante Medicina.

médicos 2,5% y técnicos de laboratorio 2,4%.

Actualmente Bolivia está catalogada a nivel mundial como un país "con epidemia naciente del SIDA" con 522 casos confirmados en 15 años (1985 - 2000). El programa nacional de infecciones de transmisión sexual estima que no solo son 522 casos si no que hay un subregistro desconocido con la existencia de 2.200 casos que son portadores del VIH. El informe ONU/ SIDA indica que en Bolivia hay 4.200 afectados por el VIH.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del estadio evolutivo del SIDA, es clínico, laboratorio y dependerá del tipo de manifestaciones y complicaciones que presenta cada paciente en un momento dado de la evolución de la enfermedad misma y comprende cuatro estadios^{6,7,8,9}.

ESTADIO I - INFECCION AGUDA.- Se presenta entre la tercera y sexta semana después de producida la infección y puede ser asintomático o presentar síntomas inespecíficos, la serología en este momento es negativa.

ESTADIO II - INFECCION ASINTOMATICA.- Conocido también como el estadio "del portador", el infectado no tiene manifestaciones clínicas, pero se ha producido la sero-conversión detectándose anticuerpos en sangre periférica.

ESTADIO III - POLIADENOMEGALIA GENERALIZADA.- Es un paciente positivo para VIH con un síndrome de poliadenomegálico que compromete por lo menos los territorios superficiales extra inguinales. Las adenopatías tiene más de un cm de diámetro y persisten por mas de tres meses sin una causa demostrable.

ESTADIO IV - SIDA.- Es el estadio final de la infección por VIH y está determinado por la presencia de síntomas y signos del síndrome constitucional o la comprobación de infecciones

oportunistas (neumonía por *Pneumocistis Carinii*, toxoplasmosis encefálica, TBC en distintas formas y neoplasias propias de esta etapa). Definiéndose como SIDA en etapa IV a todos los casos en que los niveles de linfocitos T4 sean inferiores a 200/ mm³ o linfocitos menos del 14%.

EXAMENES DE APOYO LABORATORIAL

El test de Elisa detecta el anticuerpo del VIH en el suero del plasma y en el líquido cefalorraquídeo. El Western Blot, permite la detección de anticuerpos individuales contra todas las proteínas del virus separándolos por sus pesos moleculares.

La infección primaria transcurre en un periodo de 8 a 10 semanas durante el cual el estudio serológico de anticuerpos es negativo y posteriormente se hace positivo.

INFECCIONES DIGESTIVAS EN EL SIDA

El aparato digestivo es uno de los sistemas mas comprometidos en el VIH/SIDA, pudiendo llegar a cifras del 70 a 80% que va desde la boca hasta el ano y el compromiso es generalmente por gérmenes oportunistas.

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

La frecuencia, el cuadro clínico y el tratamiento en pacientes con SIDA son similares a la población no infectada, como la colecistitis aguda o la apendicitis aguda que son de resolución quirúrgica por vía laparoscópica o abierta¹⁰.

BIOSEGURIDAD

Comprende, la comunicación, el uso de precauciones de barrera y la modificación de las técnicas quirúrgicas^{11,12}.



► **COMUNICACION.-** Consiste en informar a todo el personal del hospital sobre el SIDA y el riesgo de contraer la enfermedad si no se toman las precauciones necesarias.

► **PRECAUCIONES DE BARRERA.**

- ✓ Evitar todo contacto con los fluidos del paciente infectado.
- ✓ Usar prendas impermeables y desechables que protejan desde la cabeza a los pies.
- ✓ Usar anteojos y cubre bocas.
- ✓ Usar doble guante obligatoriamente.
- ✓ Usar ropa y material desechable.

► **MODIFICACION DE LA TECNICA QUIRURGICA.-** Consiste en minimizar los riesgos quirúrgicos mediante:

- ✓ Discusión pre- operatoria sobre los cuidados y la técnica quirúrgica.
- ✓ No incluir en el equipo quirúrgico instrumentadoras inexpertas ni residentes.
- ✓ La cirugía debe ser realizada por cirujanos experimentados.
- ✓ Usar ropa, campos y sábanas desechables.
- ✓ Usar doble mesa de instrumentación.
- ✓ No pasar el instrumental directamente al cirujano sino colocar en una mesa intermedia de donde retira el cirujano.
- ✓ Se debe realizar movimientos lentos.
- ✓ Manejar los tejidos con instrumentos, no con las manos y evitar el contacto con cualquier tipo de fluido del paciente.
- ✓ Al terminar la cirugía el instrumental debe ser lavado con hipoclorito de sodio antes de la esterilización.
- ✓ El personal auxiliar encargado de recoger la ropa debe usar un equipo adecuado.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 26 años de edad de ocupación empleado público que ingresa el 5 de diciembre del 2002 por presentar 10 días antes dolor en el mesogastrio, que se intensifica 3 días antes, localizándose en fosa iliaca derecha,

acompañado de estado nauseoso, vómitos alimenticios en cuatro oportunidades y alzas térmicas hasta de 41° C, se le administró dipirone con mejora parcial; además refería pérdida de peso progresivo.

ANTECEDENTES CLINICOS

Síndrome convulsivo focalizado el 5 de enero de 1994. Portador de VIH desde hace 1 año, confirmado por test de Elisa y Western Blot, por lo que es tratado con zidovudina y aciclovir. Neumonía atípica en 4 oportunidades, micosis pulmonar y sistémica, tratados en forma ambulatoria.

EXAMEN FISICO

En mal estado general enflaquecido, consciente, orientado y deshidratado, sus signos vitales fueron: presión arterial 90/60, pulso 74 por minuto, temperatura 37° C. Mucosas secas, rosadas - lengua saburral.

Corazón y pulmón clínicamente normales.

Abdomen excavado, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en forma difusa, mas acentuado en hemiabdomen inferior, Blumberg positivo generalizado, Mac Burney, psoas, obturador externo, todos positivos; movimientos peristálticos hipo activos.

Extremidades superiores e inferiores con hipotrofia muscular.

EXAMENES LABORATORIALES

Química sanguínea eritrocitos 3,760,000 mm³, leucocitos 10,000 por mm³, Hb.11 grs. %, Hto. 33%, seg. 81%, eosinofilos 1, linfocitos 11, monocitos 7, plaquetas 490.000/ mm³, tiempo de protrombina 13 segundos, INR 1,16, glicemia 89 mgs/dl, nitrógeno ureico 8 mgs/dl y creatinina 0,6 mg/dl.

ECOGRAFIA ABDOMINAL

Concluye a nivel de fosa iliaca derecha aglomeración de asas intestinales que hace pensar en una plastrón apendicular? y el resto dentro de lo normal.

Se interviene quirúrgicamente el mismo día con el diagnóstico pre-operatorio de VIH/SIDA y apendicitis aguda complicada, siendo los hallazgos líquido libre purulento en cavidad peritoneal de mas o menos 250cc, apéndice cecal de 8 cm. de longitud por 0,5 cm. de diámetro, ascendente, interno de paredes delgadas hipervascularizado, con coprolitos en su interior y cubierto por fibrina; asas de intestino delgado y grueso de paredes muy delgadas y friables, epiplón mayor fino muy friable y de fácil sangramiento. El diagnóstico post operatorio fue apendicitis aguda fibrino purulenta, peritonitis difusa por permeación.

La conducta quirúrgica fue apendicectomía típica, lavado exhaustivo con solución ringer lactato, drenaje de la cavidad y cierre por planos. La histopatología informa apendicitis aguda supurada.

La evolución post operatoria del paciente fue favorable, se indicó soluciones 3.000 cc. i.v. para 24 horas, ceftazidina 1gr EV cada 12 horas, metronidazol 500 mgrs. EV cada 8 horas y analgésicos; se realimentó al segundo día y se dio alta de cirugía al séptimo día; en su evolución postoperatoria presenta oliguria y neumonía, que fueron manejadas en forma satisfactoria por nefrología y neumología. Es dado de alta del servicio de infectología en buenas condiciones.

Tuvo nuevas internaciones: El 19/12/02 por gastritis medicamentosa, El 28/12/02 por presentar infección del tracto urinario y anemia, el 02/01/03 con los diagnósticos de SIDA, deshidratación, desnutrición marcada, neumonía atípica y fallece el 14/01/03 con los diagnósticos de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, neumonía atípica y desnutrición.

COMENTARIO

Queremos llamar la atención a propósito de un caso con VIH/SIDA y peritonitis por apendicitis aguda intervenido quirúrgicamente en la Caja Nacional de Salud de Cochabamba. El SIDA desde su descubrimiento se ha convertido en una de las grandes amenazas para el mundo y porque no decirlo también para el personal que trabaja en salud.

Estamos de acuerdo con los autores en cuanto a la frecuencia, al cuadro clínico y al tratamiento de la peritonitis por apendicitis aguda en los pacientes infectados con el VIH/ SIDA, en que es similar a cualquier otro paciente que no tiene esta enfermedad, obviamente con las variaciones del manejo de la bioseguridad.

También somos conocedores^{13,14} de los aspectos e implicaciones, Jurídico legales del paciente con VIH/SIDA, pero discrepamos con los autores, sobre la solicitud del test de detección del VIH., en que ellos manifiestan que primero hay que informar al paciente y tener su consentimiento, para solicitar este tipo de laboratorio. Nos preguntamos: en caso de que el paciente no acepte este tipo de exámenes, donde esta la protección para el personal que trabaja en el hospital?. Como podremos manejar y proteger de las infecciones intra-hospitalarias a este tipo de pacientes, si no conocemos su enfermedad de base?.

La otra pregunta: cuantos pacientes portadores del VIH/SIDA han sido operados, sin conocer de que son portadores? y cuantos trabajadores en salud han sido infectados ?

Nosotros insistimos que los exámenes laboratoriales de Elisa, deben realizarse en forma rutinaria y obligatoria a todos los pacientes que se internan en los hospitales aun sin la aquiescencia de ellos, que evitaran la propagación de esta mortal enfermedad, tanto en el entorno familiar y



social del paciente como también del equipo quirúrgico, además de brindarles un adecuado manejo de su enfermedad de base.

Finalmente queremos enfatizar que el SIDA es un problema de todos y la protección del personal es una obligación de todas las instituciones en salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Velásquez Gloria. SIDA enfoque integral. Virus de la inmunodeficiencia Humana. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 1 - 13.
- 2.- [http:// www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/SIDA.asp](http://www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/SIDA.asp).
- 3.- [http:// www.vihsida.cl/paginas/024.html](http://www.vihsida.cl/paginas/024.html).
- 4.- Iriarte Gregorio O.M.I. Análisis Crítico de la Realidad - El SIDA se Expande en Bolivia. Grupo Editorial Kipus. Cbba. Bolivia.2004; 442 - 446.
- 5.- Gómez Rubén Darío. Mecanismos de transmisión y factores de riesgo para la infección por el VIH. SIDA enfoque integral. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 41 - 49.
- 6.- Almeida Isabel. Monográfico: SIDA y Cirugía. Sitio medico - Uruguay. Conferencia. Febrero del 2001.
- 7.- Velásquez Gloria. Manifestaciones gastrointestinales en la infección por VIH. SIDA enfoque integral. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 183 - 193.
- 8.- Regalado García Esteban. Situaciones especiales en el Abdomen Agudo Quirúrgico. Sus Invariantes. (Conferencia original).
- 9.- Velásquez Gloria. Historia natural e inmunopatogenesis de la infección VIH. SIDA enfoque Integral. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 14 - 25.
- 10.- Morelli Brum Raúl. Rol del cirujano en el paciente VIH/SIDA. Cirugía en Uruguay. 1997; 67 (2): 68 - 74.
- 11.- Ospina Sigifredo, Estrada Santiago. Medidas de Bioseguridad y SIDA. SIDA enfoque integral. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 377 - 383.
- 12.- Fernández Varela Héctor. La planificación de los servicios de salud y las normas para la atención de pacientes

con VIH/SIDA en México. SIDALAC. 2003. <http://www.sidalac.org.mx/principal.html>.

13.- www.sociedadmedicallanquihue.cl/neonatalogia/IIH/congresoIIH/aspectosmedicolegales.html

14.- Tamayo Alfonso. Implicaciones jurídico - legales del VIH - SIDA. SIDA enfoque integral. 2° ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 1996; 263 - 276.

