



Manifestaciones colorrectales en el paciente con VIH/Sida “Un recordaris”



**XV CONFERENCIA DE CALI 2009:
CURSO INTERNACIONAL DEL SIDA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

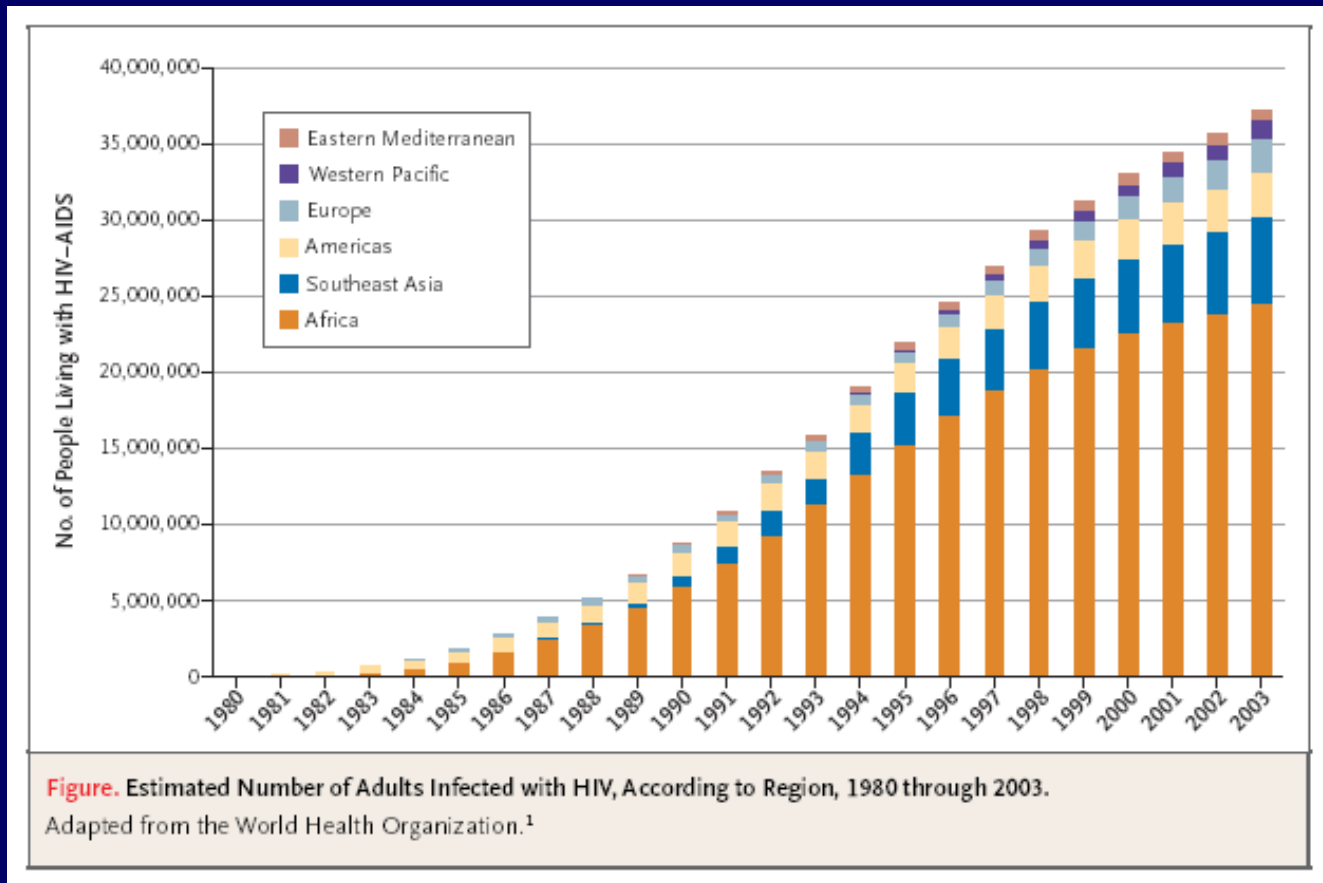
**Santiago de Cali
Abril 2 al 4 de 2009**

Santiago Estrada M.D.
Microbiólogo clínico
Director General
Laboratorio Clínico Congregación Mariana
sestrada@congregacionmariana.org.co



Epidemiología

El VIH afecta aproximadamente a 40 millones de personas en el mundo, con cinco millones de nuevos casos cada año .





Epidemiología

- Las complicaciones gastrointestinales ocurren entre el **50 y 90%** de los pacientes infectados con el VIH.
 - La frecuencia de las mismas se incrementa a medida que la inmunosupresión progresa.
-



Generalidades

- Antes de la terapia HAART por lo menos el 50% de los pacientes infectados con el VIH, en los países industrializados, desarrollaban diarrea.
 - En los países subdesarrollados, **hoy en día** la diarrea es un síntoma universal en el paciente VIH positivo.
 - La diarrea crónica es un marcador independiente de pobre pronóstico en pacientes con Sida.
 - 70% de los pacientes con dx nuevo de VIH tienen compromiso del TGI (LCCM)
-



Generalidades

- Con un protocolo diagnóstico es posible encontrar un agente causal de la diarrea en el 50-80% de los pacientes con Sida.
 - Para el 20% de los casos no hay una causa identificable.
-



Definiciones

Enteritis: inflamación del intestino delgado, manifestada especialmente por diarrea y cólico abdominal. Sin signos de proctitis ni proctocolitis

Proctocolitis: inflamación de la mucosa colónica, que compromete 12 cm por encima del ano, asociada a síntomas de proctitis, diarrea y/o cólico abdominal.

Proctitis: es la inflamación del recto, asociada a dolor ano rectal, tenesmo o secreción.



Definiciones

Diarrea aguda

>3 deposiciones líquidas
en 3 a 10 días

Diarrea crónica

> 2 episodios de diarrea por
4 o más semanas

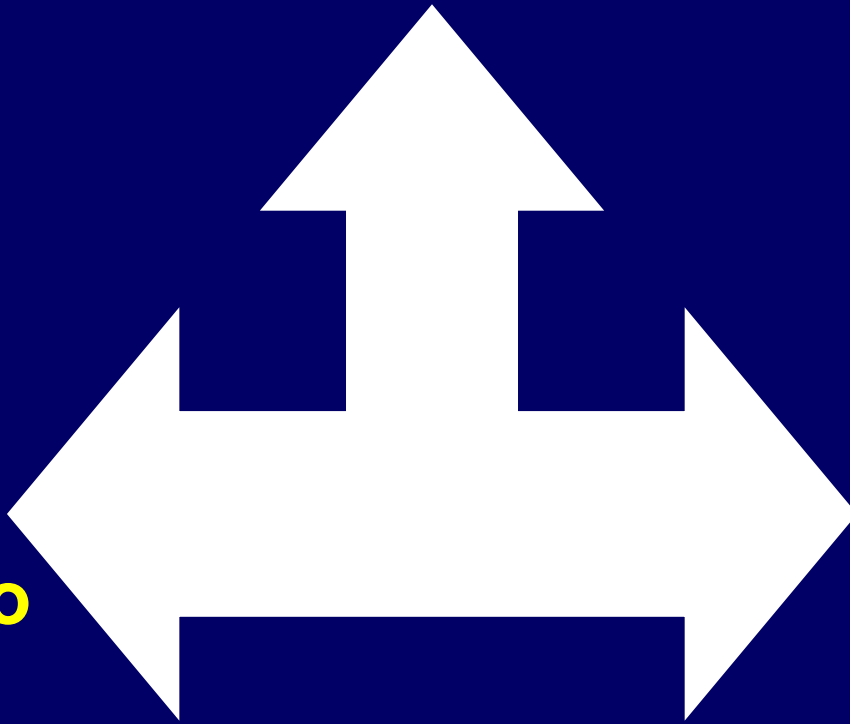


Enfoque

Diarrea

**Dolor
abdominal
y/o sangrado**

Fiebre





Enfoque

Cuatro preguntas clave:

1. Diarrea aguda o crónica ?
 2. Signos y síntomas: fiebre ?
 3. Recuento de células CD4
 4. Medicamentos del paciente
-



Pacientes VIH/sida con diarrea aguda y fiebre



Enfoque del paciente VIH/Sida con Diarrea aguda y fiebre

Etiología / frecuencia	Diagnóstico/Conteo de CD4	Tratamiento
Bacterias		
<i>Salmonella spp</i> / 5% a 15%	Leucocitos en materia fecal Coprocultivos, Hemocultivos Estos últimos no para <i>Shigella</i> / Cualquier conteo de CD4	Ciprofloxacina, TMS, Cefalosprinas de 3 ^{ra} generación
<i>Shigella spp</i> / 1% a 3%	Cualquier conteo de CD4	Ciprofloxacina, TMS
<i>Clostridium difficile</i> / 10% a 15%	Presencia de leucocitos en materia fecal. Detección de la toxina en la materia fecal. Endoscopia: colitis pseudomembranosa / Cualquier conteo de CD4	Metronidazol Vancomicina
<i>Campylobacter spp</i> / 4% a 8% En HSH <i>H. cinaedi</i> y <i>fennelli</i>	Leucocitos en materia fecal Gram modificado Coprocultivo para <i>C. jejuni</i> / Cualquier conteo de CD4	Eritromicina



Pacientes VIH/Sida con diarrea aguda sin fiebre



Enfoque del paciente VIH/Sida con Diarrea aguda sin fiebre

Etiología/ frecuencia	Diagnóstico/Conteo de CD4	Tratamiento
Idiopática 25% a 40%	Todos los estudios son negativos / Cualquier conteo de CD4	Soporte nutricional: difenoxilato-atropina o loperamida Casos graves Ciprofloxacina u ofloxacina con o sin metronidazol
Virus 15% a 30% (adenovirus, astrovirus, picornavirus y calicivirus)	En la mayoría de los laboratorios no hay pruebas disponibles / Cualquier conteo de CD4	Soporte nutricional: difenoxilato-atropina o loperamida



Pacientes VIH/sida con diarrea crónica sin fiebre



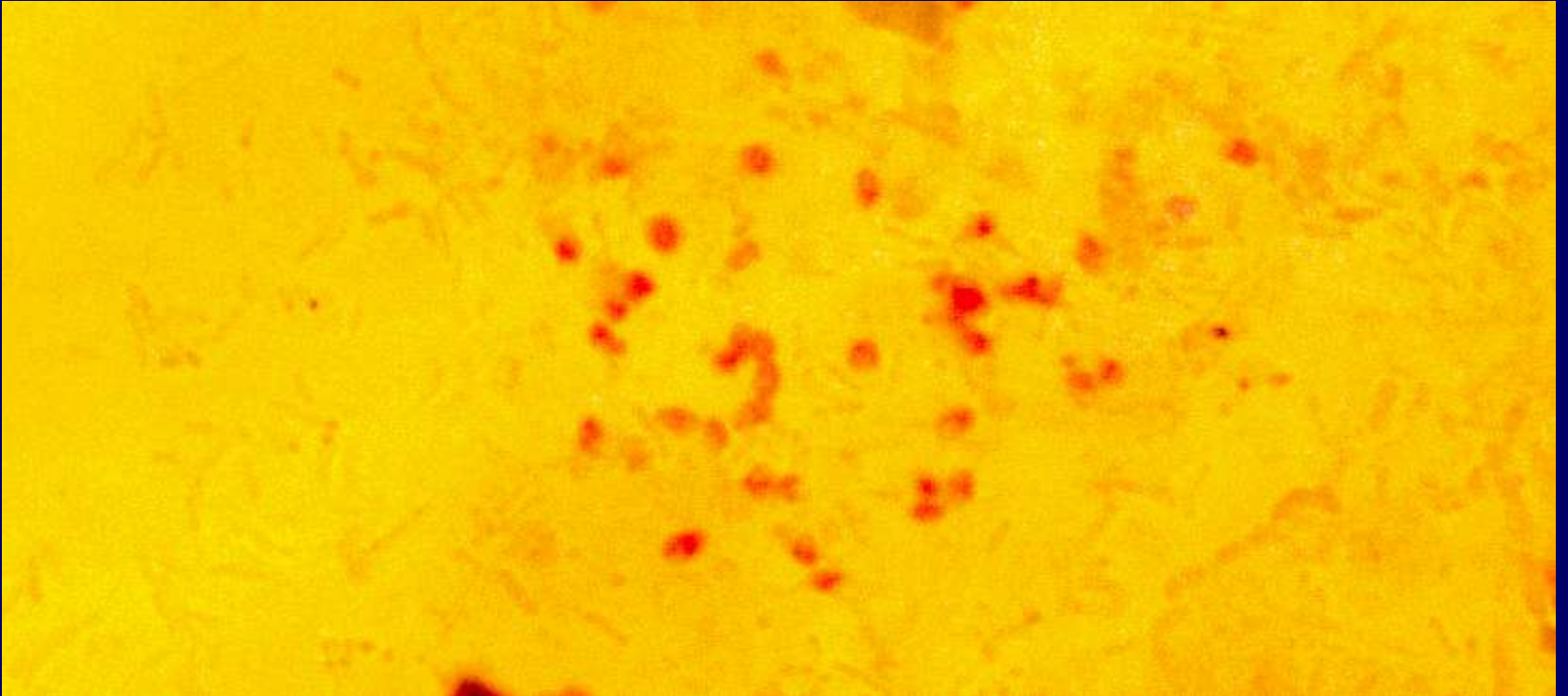
Enfoque del paciente VIH/Sida con Diarrea crónica sin fiebre

Etiología/ frecuencia	Diagnóstico/Conteo de CD4	Tratamiento
Idiopática / 20% a 30%	Endoscopia biopsia (para descartar algún patógeno) / Cualquier conteo de CD4	Soporte nutricional evaluar dieta; difenoxilato-atropina o loperamida
<i>Cryptosporidium spp</i> / 10% a 30%	Coprológicos seriados: 3 en 3 días interdiarios o en un periodo no mayor a 10 días. Solicitar Coloración ácido alcohol resistente / Conteo de CD4<150 cel/mm³	No existe un tratamiento con eficacia comprobada Soporte nutricional más loperamida o difenoxilato-atropina Inicio de terapia HAART
Microsporidia / 15% a 30%	Coprológicos seriados: 3 en 3 días interdiarios o en un periodo no mayor a 10 días. Solicitar coloraciones tricrómica o calcofluor / Conteo de CD4<100 cel/mm³	Albendazol. Es eficaz solo para <i>E. intestinalis</i> Fumigalina Es eficaz solo para <i>E. bieneusi</i>

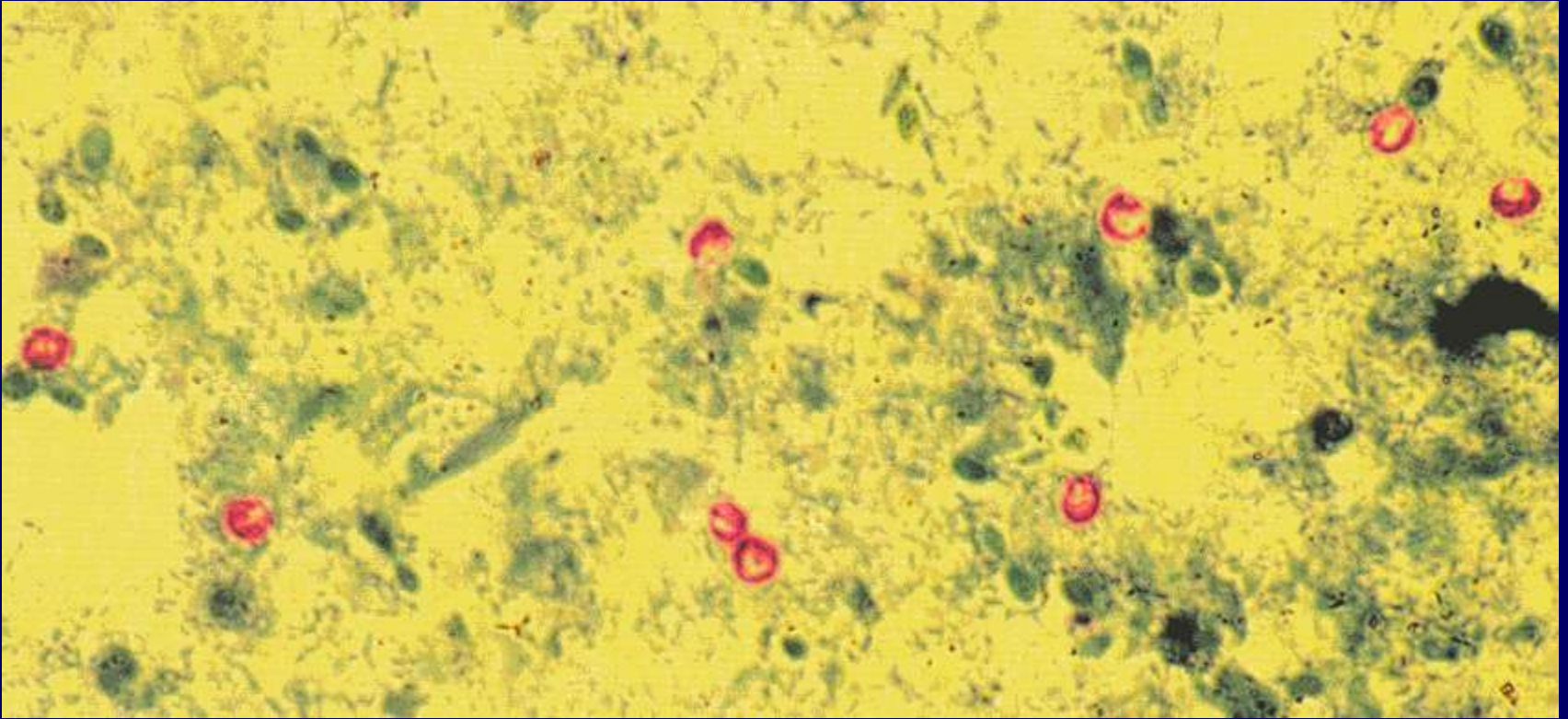


Enfoque del paciente VIH/Sida con Diarrea crónica sin fiebre

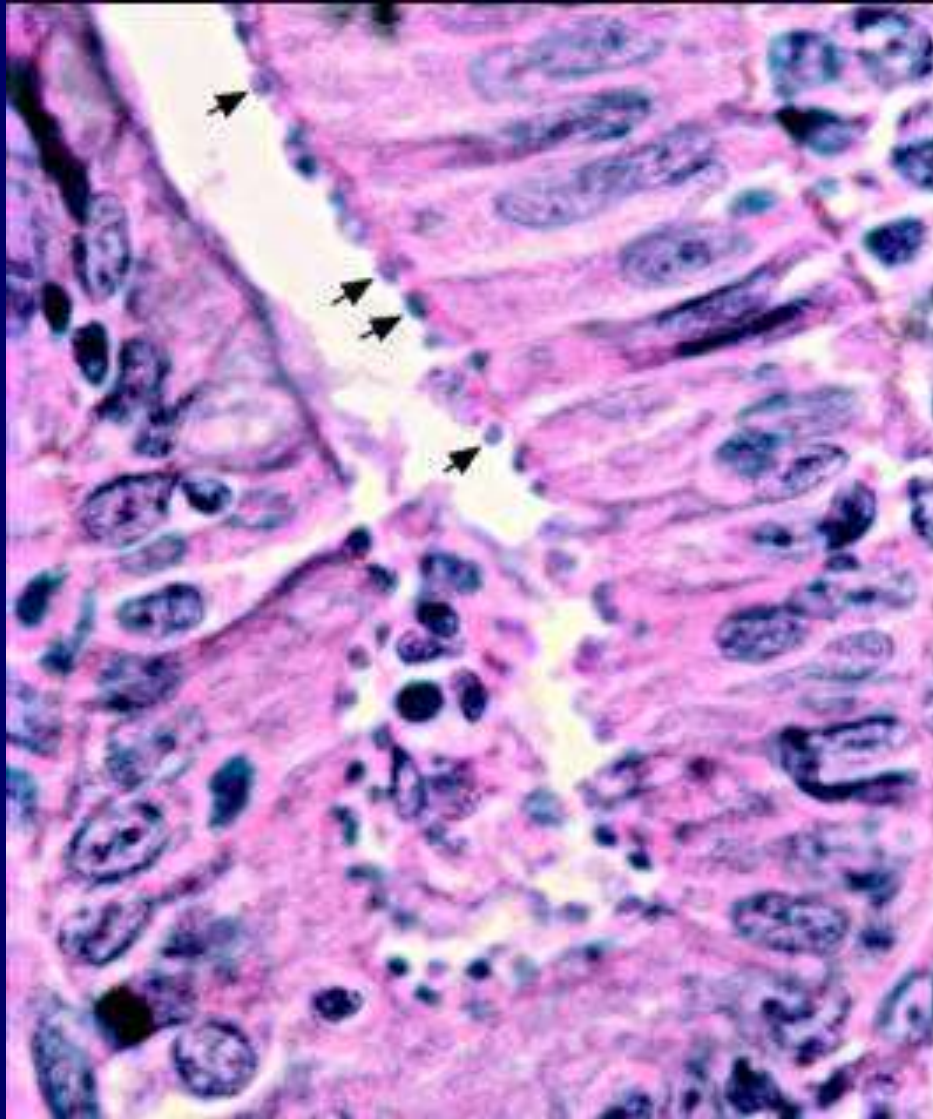
Etiología/ frecuencia	Diagnóstico/Conteo de CD4	Tratamiento
<i>Entamoeba histolytica</i> / 1% a 3%	Coprológicos seriados: 3 en 3 días interdiarios o en un periodo no mayor a 10 días./	Metronidazol
<i>Giardia lamblia</i> / 1% a 3%	Cualquier conteo de CD4	
<i>Isospora belli</i> / 1% a 3%	Coprológicos seriados: 3 en 3 días interdiarios o en un periodo no mayor a 10 días. Solicitar coloración ácido alcohol resistente o eosina./ Conteo de CD4 < 100 cel/mm³	TMS Pirimetamina
Cyclospora / Menos del 1%	Coprológicos seriados: 3 en 3 días interdiarios o en un periodo no mayor a 10 días. Solicitar coloración ácido alcohol resistente./ Conteo de CD4 < 100 cel/mm³	TMS



Esporas de Microsporidia
90% de la infección humana es causada por
Enterocytozoon bienewisi



Ooquistes de *Cryptosporidium parvum*



Cryptosporidium parvum en el intestino delgado de paciente VIH+



Ooquistes inmaduros de *Isospora belli*



Ooquistes de *Cyclospora cayetanensis*



Pacientes VIH/Sida con diarrea crónica y fiebre

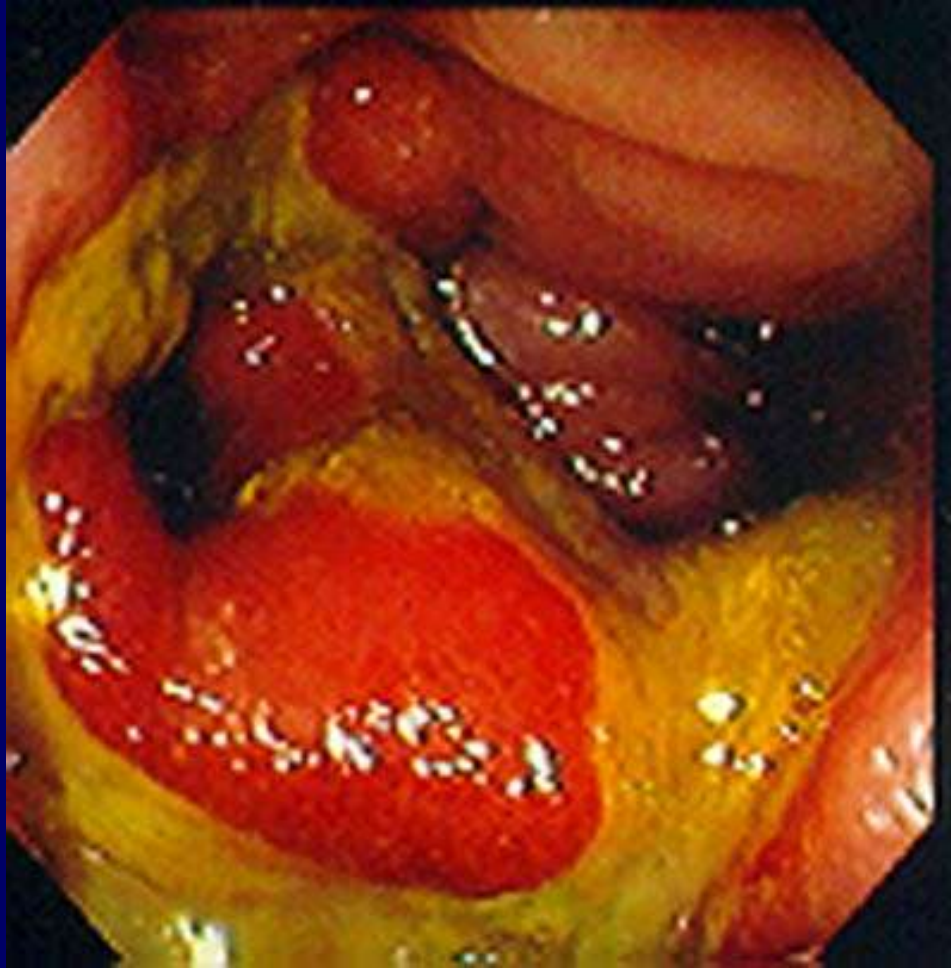


Enfoque del pacientes VIH/sida con Diarrea crónica y fiebre

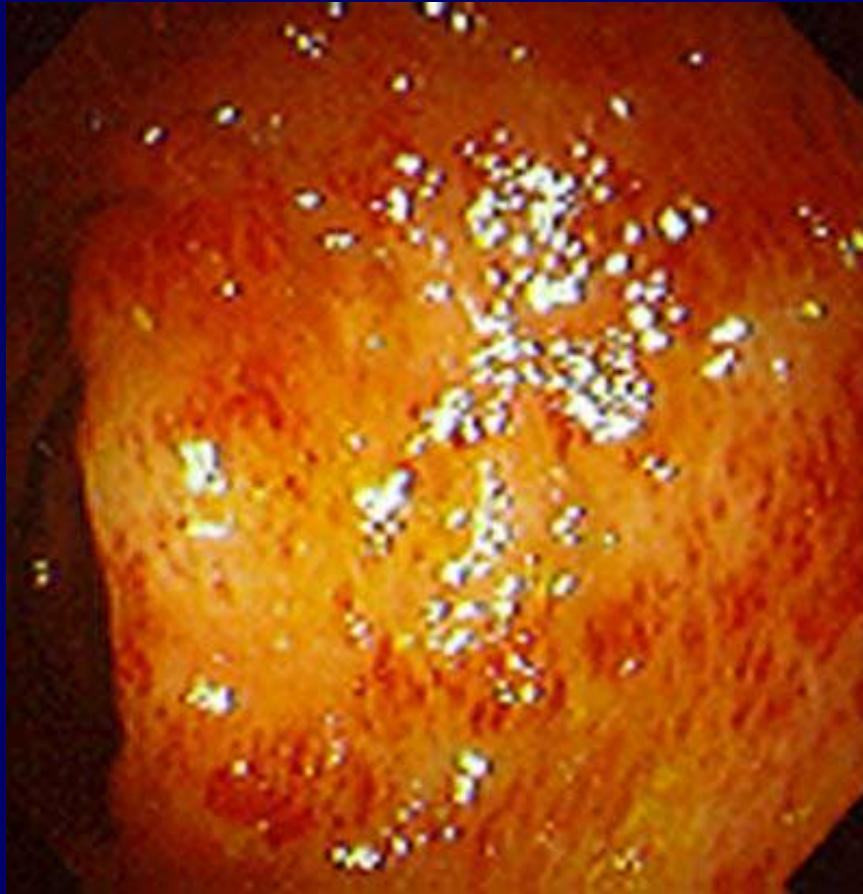
Etiología/ frecuencia	Diagnóstico/Conteo de CD4	Tratamiento
MAI / 10% a 20%	Hemocultivos, endoscopia biopsia / Conteo de CD4 < de 50 cel/mm³	Claritromicina + etambutol Azitromicina + etambutol
Citomegalovirus / 15% a 40%	Endoscopia biopsia / Conteo de CD4 < 50 cel/mm³	Terapia HAART Valganciclovir, ganciclovir, foscarnet

MMWR.March 24,2009 / 58

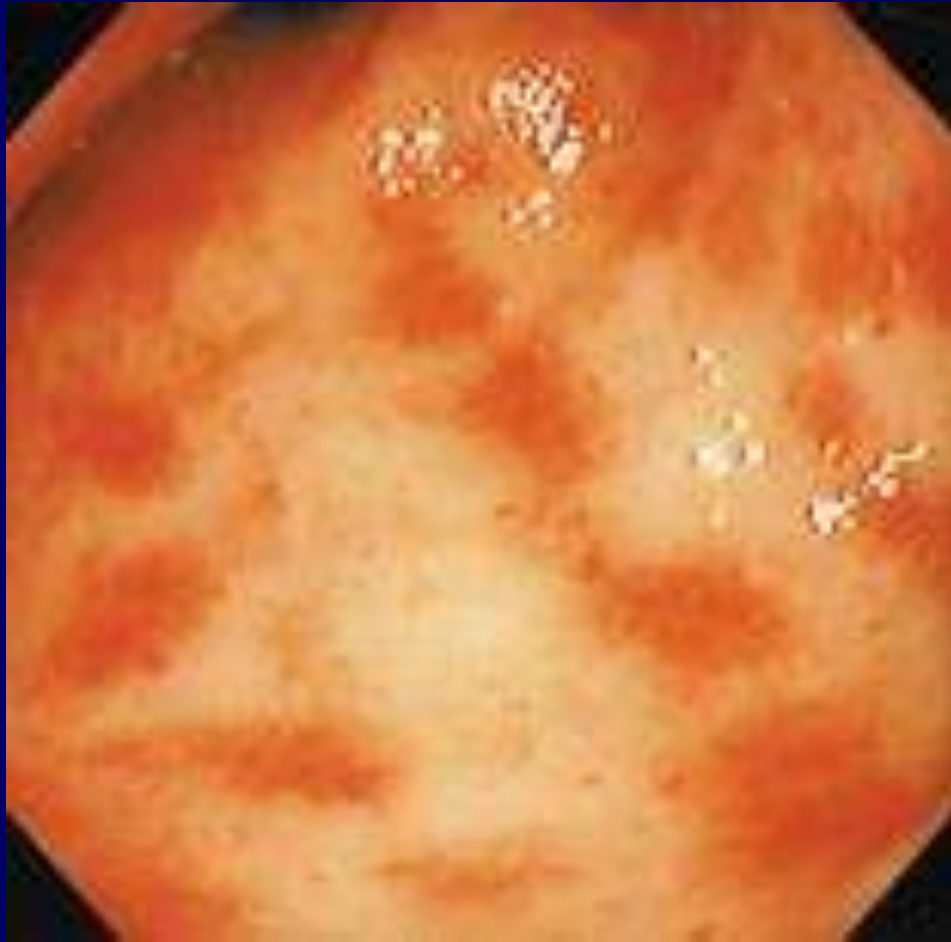
J Bartlett. Medical Management of VIH Infection. 2006



Colitis por CMV: gran úlcera solitaria en el ciego



Colitis por CMV: hemorragia subepitelial a parches. Debe diferenciarse de colitis ulcerativa.



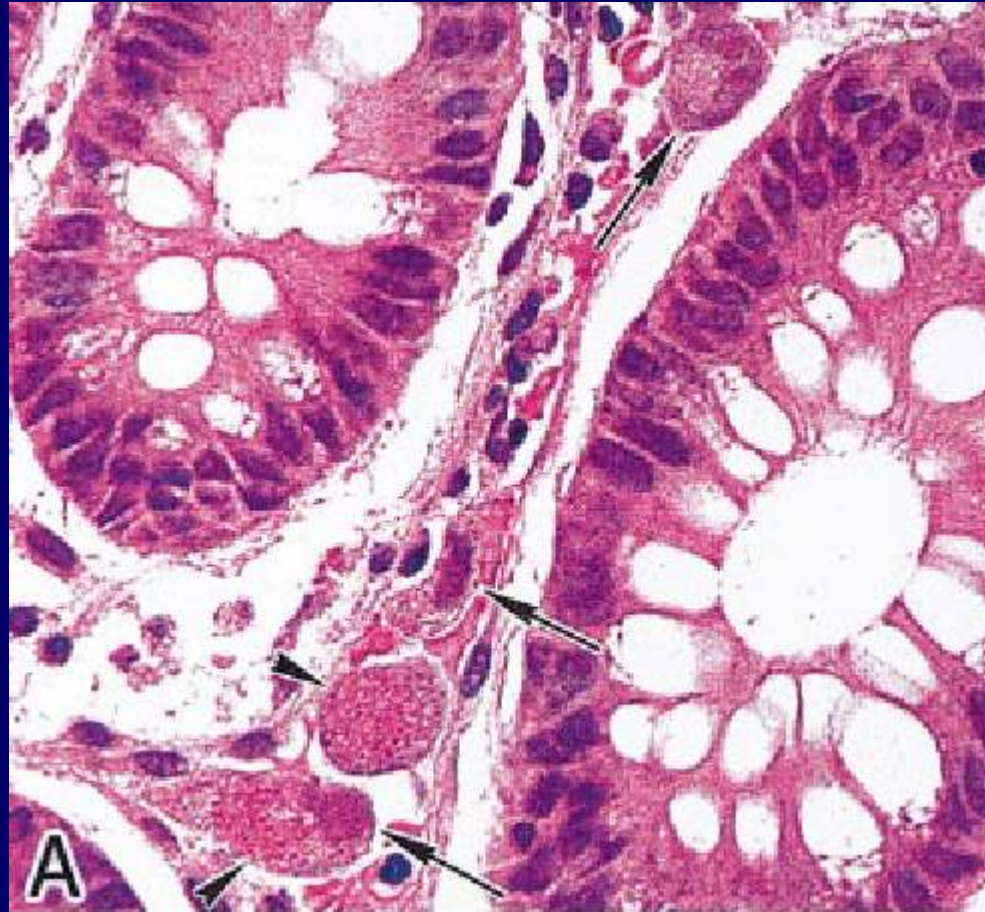
Colitis por CMV: hemorragia subepitelial a parches.



CMV: úlceras cecales



CMV: úlcera cecal



CMV en el colon: inclusiones intracelulares



Etiología de la Enfermedad Diarreica en 192 pacientes con Sida Medellín

Agente	Frecuencia de casos de diarrea
Protozoos	
<i>Cryptosporidium</i>	45.3
<i>E hystolitica</i>	26.8
<i>Giardia intestinalis</i>	9.3
<i>E. nana</i>	8.1
<i>E. coli</i>	3.4
<i>Microsporida</i>	1.1
Bacterias	
<i>Salmonella sp</i>	4.6
<i>Shiguella sp</i>	1.1
BAAR	3.4
Parásitos	
<i>S. stercoralis</i>	2.3
<i>A. lumbricoides</i>	1.1
<i>T trichura</i>	1.1
Idiopática	23.2



Otras causas de diarrea

- Medicamentos
- Intolerancia a la lactosa
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma intestinal
- Pancreatitis





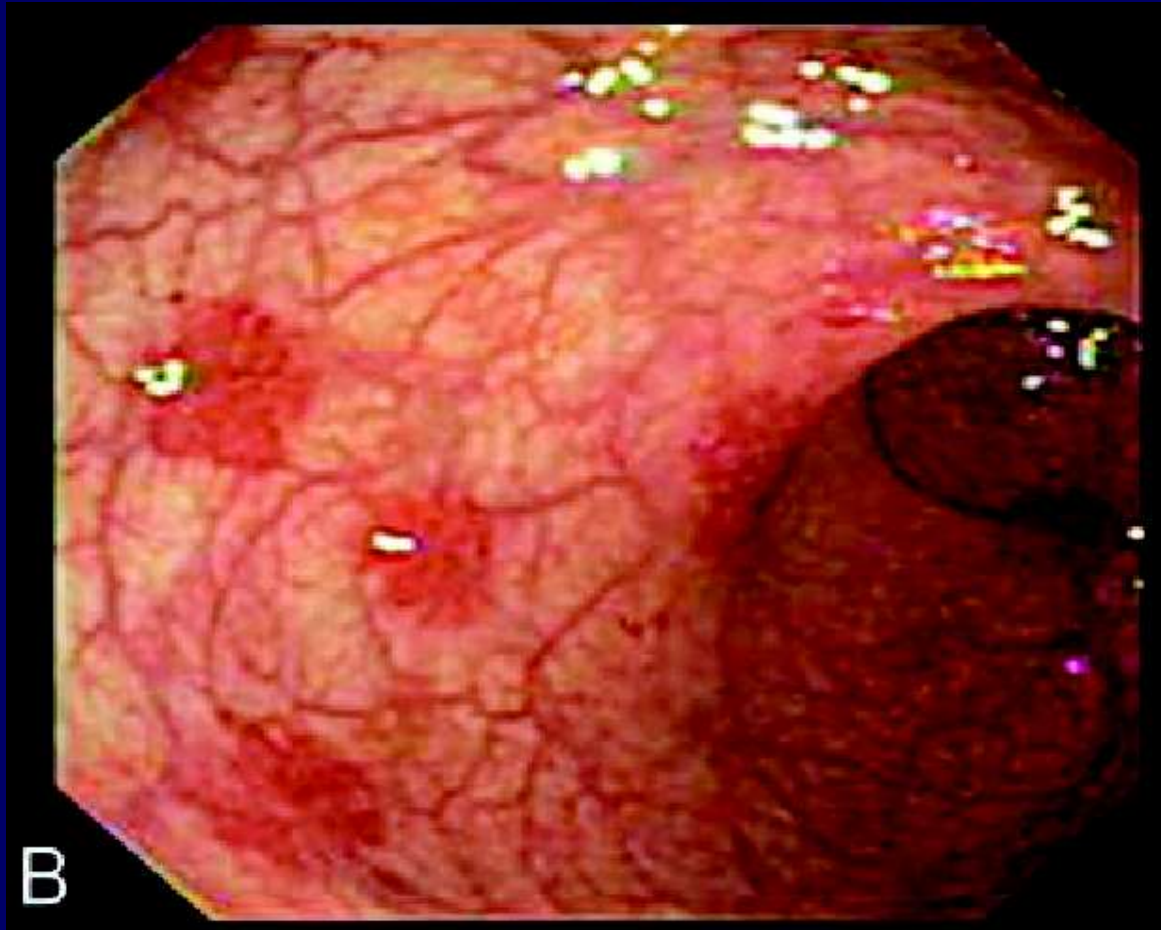
Porcentaje de pacientes con complicaciones de diarrea y dolor abdominal por medicamentos

Medicamento	% de diarrea	% de dolor abdominal
Zidovudina AZT, ZDV	12	2
ddl	1-13	0-2
ddC	2.5	3
Lamivudina, 3TC	18	9
Stavudina D4T	50	
Emtricitavina FTC	23	8-14
Nevirapina NVP	4	3
Delavirdina DLV	11-17	<2
Efavirenz EFV	2	2
Lopinavir/ritonavir	10-20	1-4
Ritonavir	16-24	6-8
Nelfinavir	11-18	<2
Indinavir	3.3	16-6
Atazanavir	6-8	6



Sarcoma de Kaposi

- El TGI es el sitio visceral más común para infección por SK.
 - En el colon las lesiones son nódulos dispersos de color rojo oscuro entre 0.5-1.5 cm.
 - Las lesiones son muy vascularizadas, pero la hemorragia no es muy común.
 - Asintomáticos, pueden causar diarrea, obstrucción o enteropatía perdedora de proteínas. La perforación es rara.
-



Sarcoma de Kaposi del colon



Proctitis

ITS anorectales en HSH con VIH/sida

Entidad	Manifestaciones clínicas	Diagnóstico
Gonorrea rectal	Estreñimiento, molestia anorrectal, tenesmo y secreción mucopurulenta rectal	Estudio de la secreción: Gram y cultivo de TM
Sífilis anorrectal	<p>Sífilis primaria: chancro de inoculación, generalmente asintomático con una o varias úlceras perianales o en el canal anal</p> <p>Sífilis secundaria: pólipos, masas lobuladas o ulceración de la mucosa, eritema o sangrado.</p> <p>Sífilis tardía: se puede comprometer cualquier área del TGI con lesiones infiltrativas o masas polipoides.</p>	<p>Pruebas no treponémicas, confirmadas con pruebas treponémicas.</p> <p>Biopsia de la lesión y ordenar coloración de Walter Starrin.</p>



Proctitis

ITS anorectales en HSH VIH+ o con sida

Entidad	Manifestaciones clínicas	Diagnóstico
Herpes anorrectal	<p>Dolor anal intenso, acompañado de estreñimiento y retención urinaria.</p> <p>Muchos pacientes no presentan úlceras visibles, cuando se presentan se observan agrupadas en forma de vesículas o úlceras. En pacientes VIH + estas comprometen áreas extensas y alcanzan gran tamaño.</p>	<p>Biopsia de la lesión</p> <p>Prueba de Tzanck de la úlcera.</p>
Proctitis por <i>C trachomatis</i>	<p>LGV: pápula o úlcera con dolor anorrectal severo, fiebre, secreción mucopurulenta y sanguinolenta y adenopatía inguinal</p> <p>La proctitis se presenta con secreción, tenesmo y dolor anorrectal moderados.</p>	<p>Biopsia y cultivo.</p>



Herpes perianal en paciente VIH+



PVH anorrectal

- Los pacientes VH+ tienen 2-6 veces más probabilidad de estar infectados por el PVH sin importar sus prácticas sexuales.
 - Los condilomas acuminados anales se pueden presentar como lesiones queratinizadas aisladas de la piel perianal o como una infestación de la mucosa que traspasa la línea dentada (pectinea).
 - Son una manifestación focal de una infección difusa.
-

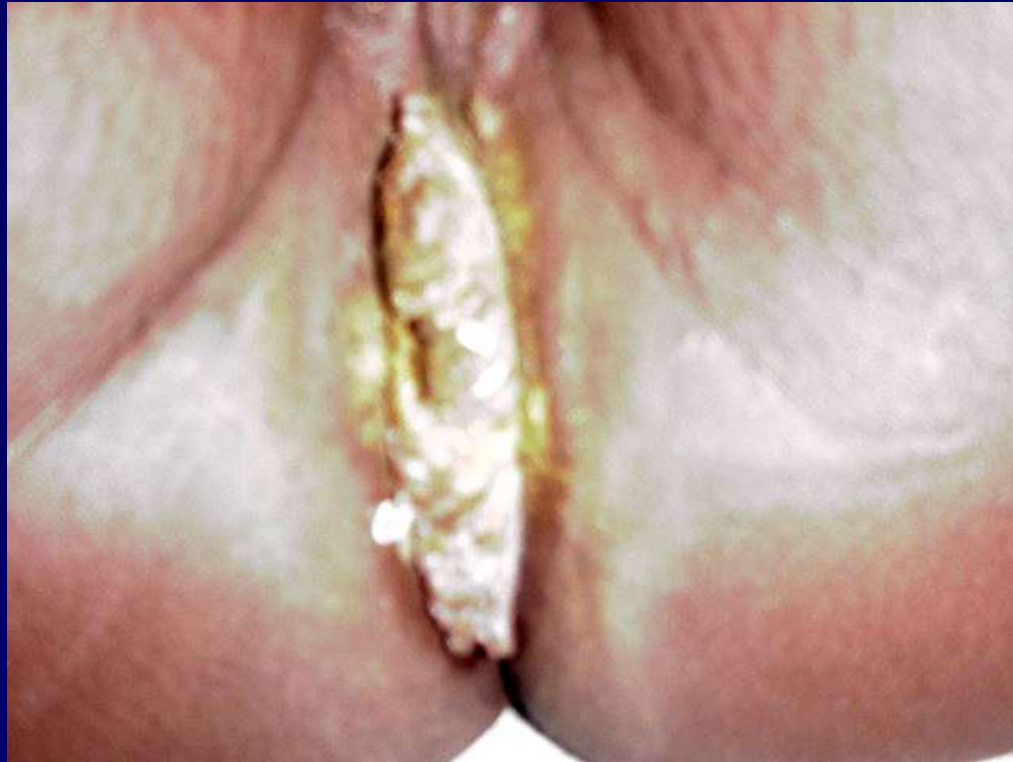


PVH anorrectal

- Tiene alta tasa de recurrencia.
 - Las lesiones anales tienen gran tendencia a la progresión neoplásica y deben seguirse con estudios citológicos (citología anal y anoscopia) aun después de la curación clínica.
 - La terapia HAART tiene poco efecto en la progresión de la neoplasia intraepitelial anal.
-



Condilomas acuminados perianales

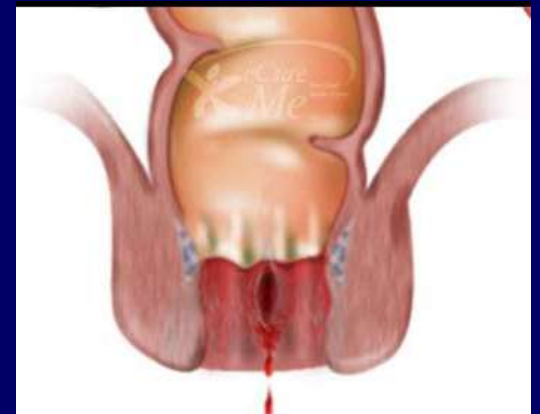


Condilomas acuminados perianales en una mujer VIH+



Otras enfermedades benignas anorrectales

- Fisuras anales
- Hemorroides
- Prurito
- Supuración perianal
- Ulceraciones idiopáticas del ano



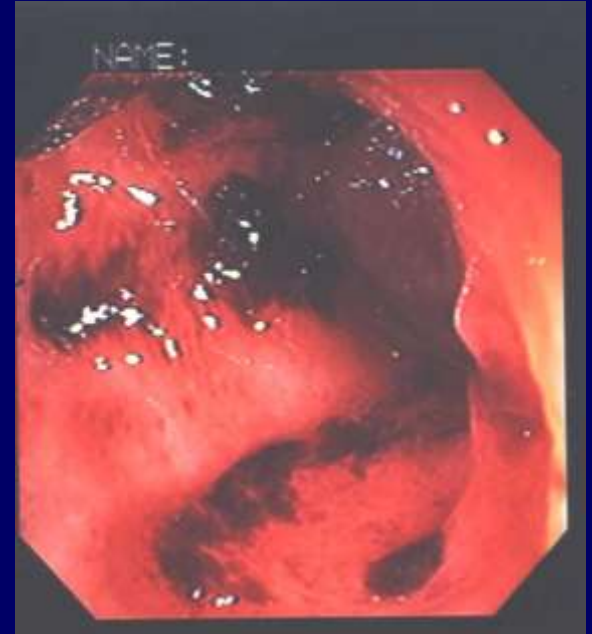


Causas de sangrado colorrectal

Es menos frecuente de lo que podría pensarse.

Causas:

- Colitis por CMV →
- Linfoma
- Colitis o úlceras idiopáticas
- Hemorroides
- Fisuras anales
- *Mycobacterium avium* complex
- Sarcoma de Kaposi intestinal





Fisura anal posterior



Conclusiones

1. El uso de la terapia HAART ha cambiando el perfil epidemiológico de las infecciones del TGI.
 2. El estudio del paciente con enfermedades del TGI es complejo y laborioso.
 3. Iniciar con exámenes no invasivos y aumentar progresivamente su complejidad.
-



Conclusiones

4. A pesar de los exámenes, el 30% de los casos de enteritis y colitis se quedan sin diagnóstico.
 5. Siempre debemos pensar en lesiones de origen tumoral.
 7. Toda biopsia del TGI se debe acompañar de estudio para sífilis (serología y coloración de Walter Starrin).
-



**“Se conoce el corazón del hombre
por lo que hace, y su sabiduría
por lo que dice”**

Alí Ben Talib
