

## CARTAS AL DIRECTOR

# *SIDA postransfusional en hemodiálisis*

A. Franco, J. Luño, R. Pérez y J. Tardio \*

Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.  
Servicio de Nefrología y \* Anatomía Patológica.

Señor director:

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es uno de los problemas más preocupantes de la medicina actual.

Este síndrome, identificado en 1981<sup>1, 2</sup>, es causado por un retrovirus llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>3-6</sup>, que infecta a los linfocitos T helper entre otras células, produciendo en ellos anomalías cuantitativas y cualitativas con defectos funcionales a nivel del sistema inmune<sup>5-8</sup>.

Las vías de transmisión del VIH son principalmente tres: administración de sangre o productos sanguíneos, sexual y perinatal, siendo los grupos de población de mayor riesgo: adictos a drogas por vía parenteral, homosexuales y hemofílicos<sup>7, 9, 10</sup>.

Se ha descrito un mayor riesgo de infección por VIH en pacientes en tratamiento con hemodiálisis (HD), debido a las frecuentes transfusiones a causa de su anemia o como preparación para el trasplante renal<sup>11, 12</sup>, aunque la transmisión intradiálisis parece poco probable dada la baja infectividad y labilidad del VIH<sup>13-15</sup>. El injerto renal de portador desconocido infectado pudiera ser otro vehículo de transmisión del VIH. Los enfermos en HD portadores de Ac VIH han podido tener contacto con el virus a través de los mecanismos comentados, o bien han podido ser pacientes portadores de Ac VIH que han desarrollado insuficiencia renal terminal (IRT), perteneciendo a los otros grupos de riesgo<sup>12, 16, 17</sup>. La incidencia de Ac VIH + (método Western Blot) entre los enfermos en HD no pertenecientes a los grupos de riesgo clásicos parece ser inferior al 1%<sup>11, 13, 18</sup>.

La presencia de Ac VIH demuestra que el paciente ha tenido contacto con el virus, requiriendo el diagnóstico de SIDA el desarrollo de la enfermedad asociada a la inmunodeficiencia celular<sup>19</sup>. En la actualidad, no tenemos conocimiento de la existencia de pacientes con VIH + postransfusional durante HD que hayan desarrollado un SIDA. El motivo de esta

carta es comunicar el primer caso de SIDA en HD, no teniendo la enferma otro factor de riesgo conocido que el estar politransfundida.

Se trata de una mujer de treinta y siete años, sin antecedentes de adicción a drogas parenterales, ni factores de riesgo sexuales, con IRT por glomerulonefritis crónica y en programa de HD desde 1976. Binefrectomía por HTA no controlable con HD y paratiroidectomía subtotal en 1980. Fue transfundida en 45 ocasiones, no habiendo sido trasplantada.

Durante 1986, por un cuadro de fiebre de origen desconocido acompañado de astenia, anorexia y pérdida ponderal progresiva con analítica y pruebas complementarias normales, recibió tratamiento tuberculostático con respuesta parcial.

En junio de 1987, coincidiendo con el primer muestreo de Ac VIH en nuestra población de diálisis, apareció en esta enferma un resultado de Ac VIH + confirmado por el método Western Blot. La incidencia de Ac VIH + en nuestros pacientes que no tenían factores de riesgo clásicos fue del 2,3%. El estudio de inmunidad celular que se le realizó en agosto, evidenció una cifra de OKT4 muy baja, 173 linfocitos/mm<sup>3</sup> (normal, < 482 mm<sup>3</sup>), al igual que el cociente OKT4/OKT8 = 0,16, normal = 1,1-2,9.

En septiembre, la paciente comienza de nuevo con fiebre elevada y síntomas catarrales. En una Rx. de tórax se objetiva infiltrado intersticial difuso que progresa en posteriores controles, acompañándose de hipoxemia y deterioro progresivo de la enferma, por lo que se efectúa biopsia pulmonar que pone de manifiesto la presencia de una neumonía por Pneumocystis carinii (Fig. 1), correspondiendo a un SIDA, siendo su estadio el II A según la clasificación CDC<sup>19</sup>.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de enfermos VIH+ exclusivamente debidos a transfusiones en HD es importante, al menos en nuestra experiencia (2,3%), es necesario extremar las medidas preventivas en la política transfusional y de trasplante renal, dado que la evolución de estos enfermos puede conducir a la aparición del SIDA, de modo similar a los grupos de riesgo clásicos. Queda por determinar el porcentaje de pacientes de estas características que desarrollan SIDA, tanto en HD como después del trasplante renal.

Correspondencia: Dr. A. Franco.  
Servicio de Nefrología.  
Hospital General Gregorio Marañón.  
Calle Dr. Esquerdo, 46.  
28007 Madrid.