

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en paciente con trasplante renal

J. M. Cisneros, G. Rodríguez Algarra *, P. Pereira * y J. Pachón

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna.

* Unidad de trasplante Renal. Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla.

Señor director:

La transmisión de la infección por el VIH se realiza a través de la transfusión de sangre y de sus productos derivados, mediante los contactos sexuales íntimos y perinatalmente de la madre infectada a su hijo¹. Existen evidencias de que la primoinfección por VIH puede ocurrir durante el trasplante renal²⁻⁴, al igual que ha sido probada la transmisión por esta vía de otros virus⁵. Por ello en nuestro hospital hemos estudiado la prevalencia de la infección por VIH en los receptores de trasplantes renales, encontrando anticuerpos anti-VIH en tres de un total de 204 (1,47 %), uno de los cuales desarrolló SIDA. El objetivo de este trabajo es comunicar este caso, posiblemente el primero ocurrido en nuestro país, para llamar la atención sobre la transmisión del VIH a través del trasplante de órganos.

Se trata de una mujer de cincuenta y seis años de edad, en hemodiálisis domiciliaria desde 1984 por insuficiencia renal terminal secundaria a glomerulonefritis crónica. Durante este período recibió cuatro transfusiones de sangre sin investigación de anticuerpos frente al VIH, pero procedentes de donantes habituales de sangre que en fechas posteriores han sido seronegativos para el VIH. No tenía entre sus antecedentes otros factores de riesgo para la infección por el VIH.

El 11 de marzo de 1986 recibió un injerto renal de un donante varón de diecisiete años fallecido tras traumatismo craneoencefálico; recibiendo tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona, azatioprina y ciclosporina A a dosis convencionales. En el postoperatorio inmediato sufrió una crisis de rechazo que superó con el tratamiento habitual. Un mes más tarde ingresó con fiebre y leucopenia, desarrollando shock séptico y neumonía nosocomial, recuperándose con buena función renal. Posteriormente ingresó

en dos ocasiones con fiebre alta, comprobándose linfopenia y bacteriemia por enterococo, sin establecerse el foco primario, cediendo el cuadro clínico con ampicilina. En junio de 1987 vuelve a ingresar por recidiva de la fiebre y afectación general severa, con disminución de las funciones superiores, auscultándose soplo protomesosistólico en focos de la base. Se comprobó de nuevo linfopenia, aislándose enterococo en los hemocultivos. En la radiografía de tórax se evidenciaba infiltrado pulmonar difuso y bilateral. El estudio de anticuerpos frente al VIH fue positiva por ELISA, confirmándose por ELISA recombinante. Con el diagnóstico de endocarditis aórtica comenzó tratamiento con ampicilina, sin obtenerse mejoría de la situación clínica, apareciendo insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia digestiva y fracaso multiorgánico, falleciendo a los catorce días de este ingreso.

En la necropsia se constató la existencia de endocarditis infecciosa en válvulas tricúspide y aórtica, neumonitis bilateral por citomegalovirus, tuberculosis miliar pulmonar y en ganglios mediastínicos, hepatitis aguda colestásica sobre hepatitis crónica activa severa, con marcadores inmunohistoquímicos negativos para AgHBs y AgHBc, infartos esplénicos evolucionados, infarto reciente en yeyuno distal e íleon terminal y cambios leves atribuibles a rechazo en el riñón trasplantado.

El paciente receptor del otro riñón del mismo donante que el de nuestra paciente, trasplantado en otro hospital, también presentó tras el injerto anticuerpos positivos frente al VIH. Aunque carecía de serología previa al trasplante, tampoco realizaba prácticas de riesgo para la infección por el VIH.

La transmisión del VIH durante el trasplante renal fue sugerida por diversos autores^{2, 3}. En la actualidad se acepta que el injerto renal puede transmitir la infección por el VIH al receptor⁴.

Es conocida la mala evolución de los pacientes con trasplante renal infectados por el VIH por la aparición de episodios de rechazo y complicaciones infecciosas con una frecuencia muy superior a la esperada y un acortamiento de la supervivencia^{6, 7}. La enferma que presentamos sufrió al menos dos episodios de rechazo y problemas infecciosos repetidos,

Correspondencia: Dr. José Miguel Cisneros Herreros.
Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Avda. de Manuel Siurot, s/n.
41013 Sevilla.

llegando a desarrollar SIDA con la neumonía por citomegalovirus como enfermedad indicadora⁸.

Aunque carecemos de serología para VIH antes del trasplante de nuestra paciente, parece asumible que la infección por VIH le fue transmitida por el injerto renal. La transmisión del VIH a través de las transfusiones es un mecanismo reconocido de modo que en enero de 1987 el 2 % de los adultos y el 12 % de los niños con SIDA en Estados Unidos habían adquirido la infección por transfusiones de sangre y hemoderivados⁹, y en España, en datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 1,4 % de los casos acumulados de SIDA hasta junio de 1988 tenían como factor de riesgo el haber sido receptores de transfusiones. La enferma había recibido transfusiones previas al trasplante, pero proveniente de donantes habituales que testados posteriormente han sido seronegativos para VIH.

Por otra parte, la prevalencia de la infección por el VIH entre los pacientes en hemodiálisis crónica es inferior al 1 %^{10, 11}, no habiéndose encontrado ningún caso seropositivo entre los 518 pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis crónica dependientes de esta área de trasplantes. Por último, el hecho de que el receptor del otro riñón del mismo donante presentara infección por el VIH hace razonable admitir que el donante era seropositivo y que fue el órgano donado la vía de transmisión del VIH, con el desarrollo posterior de SIDA en el caso que hemos atendido.

Este caso confirma la necesidad de aplicar las normas vigentes para la detección de VIH en los donantes potenciales de órganos y la exclusión como do-

nantes de los sujetos pertenecientes a colectivos con riesgo elevado de infección por el VIH.

Bibliografía

1. Fiedland GH y Klein RS: Transmission of The Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med* 317:1125-1135, 1987.
2. Prompt CA, Reis MM, Grillo FM, Kopstein J, Kraemer E, Manfro RC, Maia MH y Comiran JB: Transmission of AIDS Virus at Renal Transplantation. *Lancet* 2:672, 1985.
3. L'Age-Stehr J, Schwarz A, Offermann G, Langmaack H, Bennhold I, Niedrig M y Koch MA: HTLV-III Infection in Kidney Transplant Recipients. *Lancet* 2:1361-1362, 1985.
4. Rubin RH, Jenkins RL, Shaw BW, Shaffer D, Pearl RH, Erb S, Monaco AP y Van Thiel DH: The Acquired Immunodeficiency Syndrome and Transplantation. *Transplantation* 44:1-4, 1987.
5. Orsi EV, Howard JL, Baturay N, Ende N, Ribot S y Eslami H: High incidence of virus isolation from donor and recipient tissues associated with renal transplantation. *Nature* 272:372-373, 1978.
6. Shaffer D, Pearl RH, Jenkins RL, Hammer SM, Dzik WJ, Groopman JE, Benotti PN y Monaco AP: HTLV-III/LAV Infection in Kidney and Liver Transplantation. *Transplant Proc* 19:2176, 1987.
7. Oliveira DB, Winearls GC, Cohen J, Ind PW y Williams G: Severe Immunosuppression in a Renal Transplant Recipient with HTLV-III antibodies. *Transplantation* 41:260, 1986.
8. Centers for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. *MMWR*; 36 (suppl. no. 1S):3s-15s, 1987.
9. AIDS Weekly Surveillance Report: United States AIDS Program. Atlanta: Public Health Service, Centers for Infectious Diseases, Centers for Disease Control. February 2, 1987.
10. Peterman JA, Lang GR, Mircos NS, Solomon JL, Schable CA, Fedorino PM, Britz JA y Allen JR: HTLV III/LAV Infection in Hemodialysis Patients. *J Am Med Ass* 255:2324-2326, 1986.
11. De Rossi A, Vertolli U, Romagnoli G, Bertoli M, Dalla-Gassa O y Chieco-Bianchi L: LAV/HTLV-III and HTLV-I Antibodies in Hemodialysis Patients. *Nephron* 44:377-378, 1986.