

## Artículo Original

# Manifestaciones reumáticas del SIDA. Prevalencia y cuadro clínico en 132 pacientes VIH (+) del Hospital de Clínicas. Asunción – Paraguay (\*).

## Rheumatic manifestations of the AIDS. prevalence and clinical frame in 132 patient HIV (+) of the Clinics Hospital. Asuncion - Paraguay

Prof. Dra. María Teresa Romero – Albrecht<sup>1</sup>

1) Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Facultad Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

\*) Monografía presentada en la Facultad de Ciencias Médicas.

## RESUMEN

La prevalencia de las manifestaciones reumáticas (MR) en estudios prospectivos demuestran una alta frecuencia de artritis, miositis y vasculitis que varían de 30-40% según las series. **Objetivos:** Realizar una primera comunicación y determinar la prevalencia, el espectro clínico de las Manifestaciones Reumáticas (MR) en la infección por el VIH/SIDA, en pacientes del Hospital de Clínicas de (FCM - UNA) y Comparar los resultados obtenidos en nuestro país con los de la literatura mundial. **Material y método:** *Diseño de estudio:* observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de una serie de casos; fueron incluidos 132 pacientes con diagnóstico de infección por VIH/ (SIDA) que se internaron en Clínica Médica de enero 1994 a diciembre de 2005. Protocolo con las variables: Edad, sexo, estado civil, procedencia, estado al alta, estadio, conteo CD4, carga viral. Las MR se clasificaron: Artritis-miopatía-vasculitis-infecciones osteoarticulares y otros. *Estadística:* Los datos estadísticos se procesaron en Epi-info 2002, estadística descriptiva, Prueba de chi<sup>2</sup>. Medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión: desviación estándar (DS), con intervalo de confianza (IC): 95 % y la prueba T de student. El valor de la p significativa: >0,05. **Resultados:** 1) Sexo: M 65% y F 35%. 2) Edad: El límite mínimo fue de 17 años y el máximo de 64 años, con una media 34,4 desvío estándar de  $\pm 10,1$  años. 3) El estado civil de los pacientes: solteros: 75 pac. (57%). 4) La procedencia de los pacientes fue de la Ciudad de Asunción y el Departamento Central (84%), Interior (14%) y exterior (2%). 5) Portador: No se conocían portadores de la infección por VIH: 98 pacientes (74%). 6) Tratamiento antiretroviral: No recibieron 116 pacientes (88%). **Manifestaciones Reumáticas:** **Espectro Clínico:** Artritis: Artralgias 5, Espondiloartropatías 4, Artritis 2, Artropatía psoriásica 1. **Miopatía:** Polimiositis 7, Mialgias 2, Colitis ulcerosa 1. **Vasculitis:** Glomerulonefritis membranoproliferativa 2, Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 2, Vasculitis necrotizante sistémica 3, Vasculitis del sistema nervioso central 1, Vasculitis del sistema nervioso periférico 1, Miocarditis 1, Endoftalmitis 1. **Infecciones:** Celulitis 1, Miositis tuberculosa 1. **Enfermedades autoinmunes asociadas a infección VIH:** Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 4, Artritis reumatoidea 3, Síndrome antifosfolípido 1. **Misceláneas,** Hipertensión pulmonar primaria (HPP) 1. **Serie de casos en imágenes:**



Artritis, Espóndiloartropatía, vasculitis necrotizante sistémica, miositis tuberculosa, Sx. antifosfolípido, endoftalmítis. De 132 pacientes. VIH/SIDA: 39 **pacientes (30%) tuvieron MR.**, lo cual coincide con la literatura mundial. Las MR en pacientes VIH (+) en distintos países, a nivel mundial y en nuestro país lo comparamos en la **Tabla 2:** Buskila (Canadá) 65,3%, Muñoz (España) 11%, Hacbarth (Brasil) 40,8%, Berman (ARGENTINA) 7,8%, Romero (Paraguay) 30%, coincidiendo también con una alta frecuencia de MR de la literatura mundial. **Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes, las MR fueron: un mayor número de artritis, vasculitis necrotizante sistémica con cuadros clínicos severos y llamativamente una miositis tuberculosa a diferencia de las miositis que son generalmente a staphylococcus aureus; otros como LES y AR fueron encontrados. No encontramos Síndrome de Linfocitosis Infiltrativa difusa (SLID). La relación varón/mujer fue de 2/1, con un aumento en forma progresiva y ascendente a partir del 2000; a diferencia de la relación 29/1 a principios de la década del 80, lo cual nos sugiere que la epidemia no está controlada en nuestro país y que se está expandiendo a mujeres y niños. Es importante pensar en el VIH y pedir el estudio en pacientes con MR ya que es frecuente dicha manifestación en los distintos estadios de la infección.

**Palabras claves:** manifestaciones reumáticas de la infección por VIH/(SIDA), VIH/SIDA y manifestaciones reumáticas Hospital de Clínicas – FCM – UNA. Paraguay.

## SUMMARY

The prevalence of the rheumatic manifestations (MR) in prospective studies demonstrates a high arthritis frequency, myositis and vasculitis that vary of 30-40% according to the series. **Objectives:** To carry out a first communication and to determine the prevalence, the clinical spectrum of the Rheumatic Manifestations (MR) in the infection for the AIDS, in patients of the Clinics Hospital (Faculty of Medicine) and to compare the results obtained in our country with those of the world literature. **Material and method:** Design of study: Observational, descriptive, retrospective of transverse cohort of a series of cases; 132 patients were included with diagnostic of infection by HIV that went into in Medical Clinic of January 1994 to December of 2005. Protocol with the variables: Age, sex, civil state, origin, state to the high one, stadium, CD4 count, loads viral. The MR was classified: Arthritis-myopathy-vasculitis-infections Osseo-joints and others. Statistic: The statistical data were processed in Epi-info 2002, descriptive statistic, chi2 Test. Measures of central tendency (he/she mediates, medium and fashion) and

of dispersion: standard deviation (DS), with interval of trust (IC): 95% and the test student T. } The value of the p significant: >0,05. **Results:** 1) Sex: M 65% and F 35%. 2) Age: The minimum limit was of 17 years and the 64 year-old maximum, with a stocking 34,4 standard deviation of  $\pm 10,1$  years. 3) The civil state of the patients: single: 75 patients (57%). 4) The origin of the patients was of the city of Asunción and the Central Department (84%), Interior (14%) and external (2%). 5) Carrier: Carriers of the infection were not known by HIV: 98 patients (74%). 6) Antiretroviral treatment: 116 patients didn't receive (88%). Rheumatic Manifestations: Clinical spectrum: Arthritis: Artralgia 5, Espondiloartropathies 4, Arthritis 2, Psoriatic artropathy 1. Myopathy: Polimiositis 7, Myalgias 2, Ulcerous Colitis 1. Vasculitis: Glomerulonefritis membranoproliferative 2, Purple idiomatic trombocitopenic (PTI) 2, Systemic vasculitis necrotizanting 3, Vasculitis of the central nervous system 1, Vasculitis of the outlying nervous system 1, Myocarditis 1, Endoftalmítis 1. Infections: Cellulitis 1, tuberculous Myositis 1. Illnesses autoimmune associated to AIDs infection: Systemic Lupus Eritematosus (THEM) 4, Arthritis reumatoide 3, Antifosfolípido Syndrome 1. Miscellaneous, primary lung Hypertension (PLH) 1. Series of cases in images: Arthritis, Spondiloartropathy, systemic necrotizanting vasculitis, tuberculous myositis, antifosfolípido syndrome, endoftalmítis. Of 132 patients HIV, 39 patients (30%) they had RM That which coincides with the world literature. The RM in patient HIV (+) in different countries, at world level and in our country we compare it in the Chart 2: Buskila (Canada) 65,3% Muñoz (Spain) 11%, Hechart (Brazil) 40,8%, Berman (it USES) 7,8%, Rosemary (Paraguay) 30%, also coinciding with a high frequency of RM of the world literature. **Conclusions:** In our series of patient, the MR was: a bigger arthritis number, systemic necrotizanting vasculitis with severe clinical squares and garishly a tuberculous myositis contrary to the myositis that are generally to staphylococcus aureus; others as THEM and RA were opposing. We don't find syndrome of lynfocitosis diffuse Infiltrative (SLID). The relationship man/women was of 2/1, with an increase in progressive and upward form starting from the 2000; contrary to the relationship 29/1 at the beginning of the decade of the 80, him which he/she suggests us that the epidemic is not controlled in our country and that he/she is expanding to women and children. It is important to think of the AIDS and to request the study in patient with MR since is frequent this manifestation in the different stadiums of the infection.

**Key words:** rheumatic manifestations of the infection for VIH/(AIDS), and manifestations rheumatic Clinic Hospital – Faculty of Medicine, National University. Paraguay.



## INTRODUCCIÓN

Desde la comunicación inicial de Winchester y col (1987) (1,2,3,4,5,6,7) de Sx. de Reiter en pacientes con SIDA, se han descrito una diversidad de trastornos reumáticos asociados a la infección por VIH. La prevalencia de las manifestaciones reumáticas (MR), en estudios prospectivos, demuestran una alta frecuencia de artritis, miositis y vasculitis que varían de 30-40% según las series. Esto motivó a la inclusión de un nuevo capítulo en los libros clásicos de Reumatología: manifestaciones reumáticas (MR) de la infección por el VIH.

## OBJETIVOS

1) Determinar la prevalencia de las MR en la infección por el VIH, en pacientes que consultaron en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA. 2) Realizar una primera comunicación del espectro clínico de las MR en la infección por el VIH. 3) Comparar los resultados obtenidos en nuestro país con los de la literatura mundial. 4) Contribuir en el reconocimiento de las manifestaciones reumáticas tempranas de la infección por VIH para realizar diagnósticos precoces.

## MATERIAL Y METODO

**Diseño de estudio:** observacional, descriptivo, retrospectivo y secuencial, de corte transversal, de una serie de casos. Población de estudio: fueron incluidos 132 pacientes con diagnóstico de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que consultaron y/o se internaron en la 1ra., 2da. y 3ra. Cátedras de Clínica Médica, en un período comprendido entre enero de 1994 a diciembre de 2005. **Criterios de inclusión:** Pacientes de ambos sexos, adolescentes y adultos con diagnóstico de infección por VIH/SIDA según criterios de la (CDC) de los EE.UU. corregidos en 1993, y casos SIDA declarados según CDC 1997.

**Método:** Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de egreso: VIH positivos por el método de ELISA en dos determinaciones, confirmados con Western Blott y/o estadio de SIDA. Estos pacientes fueron testados en un protocolo elaborado por la reumatóloga. Posteriormente se realizó el seguimiento de los mismos en el Programa Nacional de lucha contra el SIDA, (PRONASIDA), institución del estado, al cual se deben declarar obligatoriamente los pacientes VIH (+), para confirmación diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento antirretroviral. Se pesquisaron los siguientes datos en cada historial clínico: manifestaciones reumáticas y estudios CD4 y carga viral del archivo desde el año 1994 a 2005.

**Instrumento:** Se elabora un protocolo que se aplica a cada paciente donde se consignaron las características clínicas y demográficas.

**Variables:** Edad, sexo, estado civil, procedencia (Asunción, Dpto. Central e interior del país), estado al alta (curado-mejorado-empeorado-estacionario-fallecido), clase o estadio: A) Asintomáticos, incluso grupos I.II.III B) Sintomáticos, no A ni C. C) Condiciones que definen SIDA., conocido portador(sí-no). Manifestaciones reumáticas: se clasificaron en Artritis-miopatía-vasculitis-infecciones osteoarticulares-otros., conteo CD4: Grupo 1: > 500 cel/mm<sup>3</sup>. Grupo 2: entre 200 y 499 cel/mm<sup>3</sup>. Grupo 3: < 200 cel/mm<sup>3</sup>., carga viral (Método: PCR (amplificador HIV-1 monitor): Grupo 1: indetectable (<400 copias). Grupo 2: 400-55.000 copias). Grupo 3: > 55.000 copias., tratamiento antirretroviral: sí-no.

**Asuntos Estadísticos:** Se procesaron los datos en Epi-info 2002, y se utilizó la estadística descriptiva para este tipo de diseño metodológico. Para variables cualitativas, dicotómicas, ordinales o categóricas se utilizó la Prueba de  $\chi^2$ . Para variables cuantitativas de distribución normal, escala continua se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión: desviación estándar (DS), con intervalo de confianza (IC): 95 % y la prueba T de student. El valor de la p significativa: > 0,05.

**Cuestiones Éticas:** Protección de la confidencialidad. Los pacientes fueron nominados con un código numérico para proteger confidencialidad.

## RESULTADOS

En este estudio fueron incluidos 132 pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA.

- 1) La distribución del número de pacientes por año: muestra un pico ascendente entre 1995 a 1997 y otro pico con un aumento del número de casos en los últimos 5 años manteniéndose alta en meseta y con tendencia a aumentar en el año 2005 (*gráfico 1*).
- 2) El porcentaje de pacientes VIH/SIDA en relación al sexo fue masculino 65% y femenino 35%, lo que indica una relación de 2:1 (*gráfico 2*).
- 3) Distribución de pacientes con VIH/SIDA por sexo y por año de 1994-2005 (*gráfico 3*).
- 4) Edad: El límite mínimo fue de 17 años y el máximo de 69 años, con una media  $\pm$  desvío estándar de  $34,4 \pm 10,1$  años. Cuando los pacientes fueron agrupados en grupos etarios de 10 años se observó que la mayoría estaba entre los 29 y 39 años (*gráfico 4*).
- 5) El estado civil de los pacientes: la mayoría eran solteros (57%). (*gráfico 5*).

- 6) La procedencia de los pacientes fue de Asunción y Central (84%), Interior (14%) y exterior (2%) (gráfico 6).
- 7) Portador: No se conocían portadores de la infección por VIH: 98 pacientes (74%) SI se conocían portadores 34 pacientes (26%).
- 8) Tratamiento antiretroviral: No recibieron 116 pacientes (88%).

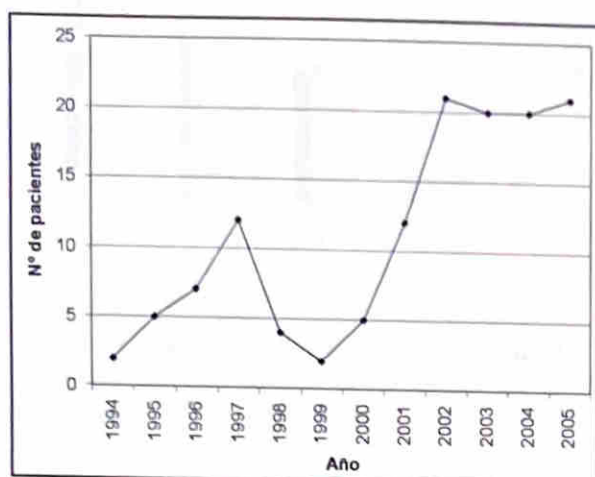


Gráfico 1. Distribución por año del número de pacientes con VIH/SIDA.

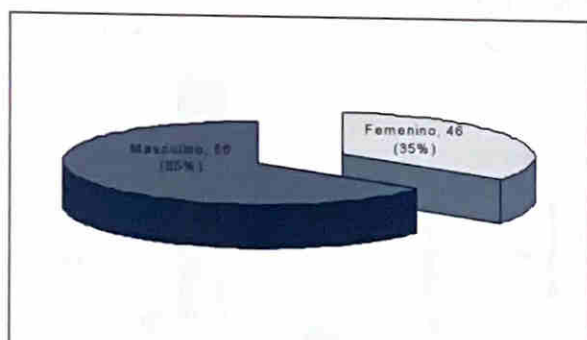


Gráfico 2. Distribución por sexo.

El porcentaje de pacientes VIH positivos/ Mida en relación al sexo, fue M: 65% y F:35% Relación: 2/1.

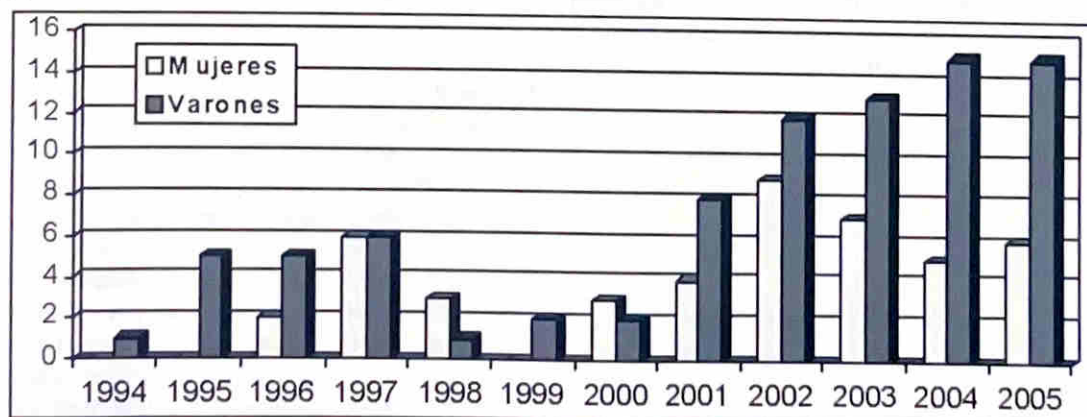


Gráfico 3. Distribución de la infección VIH/SIDA por sexo y por año de 1994 a 2005.

- 9) Contaje CD4: De 132 pacientes VIH+, se realizaron contaje CD4: 62 pacientes. Se distribuyeron con manifestaciones reumáticas (MR): 21 pacientes, en el grupo 1: 7 (33%), grupo 2: 6 Pacientes (29%), grupo 3: 8 pacientes (38%).
- 10) La carga viral se realizó en 28 pacientes, perteneciendo al Grupo 1: 2 pacientes; Grupo 2: 14 pacientes, y Grupo 3: 12 pacientes

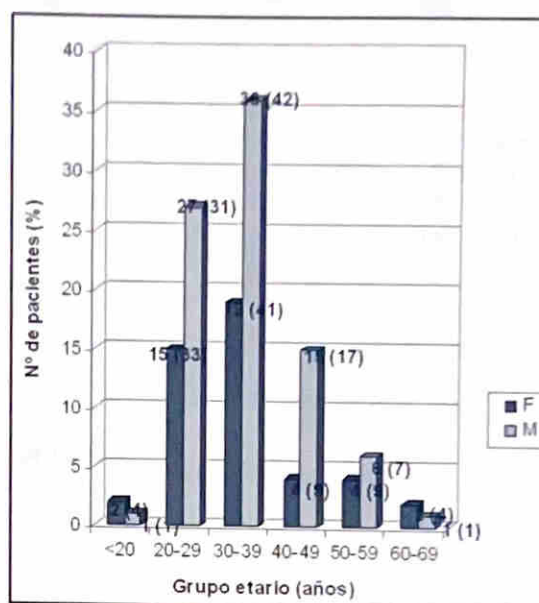
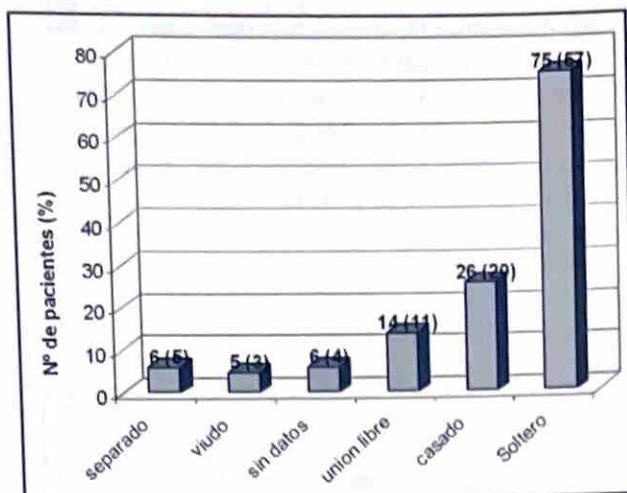


Gráfico 4. Distribución de pacientes VIH/SIDA según sexo y grupo etario.

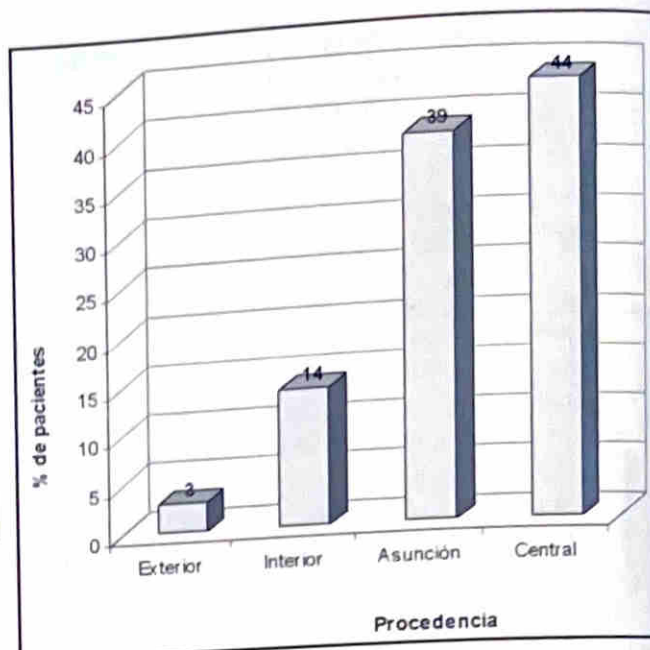
El límite mínimo de edad 17 años, el máximo de edad 69 años, con una media  $\pm$  desvío estandar de  $34.4 \pm 10.1$  años. Se dividieron en grupos etarios de 10 años y se observó que la mayoría estaba entre los 29 y 39 años. En cuanto al sexo M: 63 (73%) F: 34 (74%). Relación 2:1.





**Gráfico 5.** Distribución por estado civil.

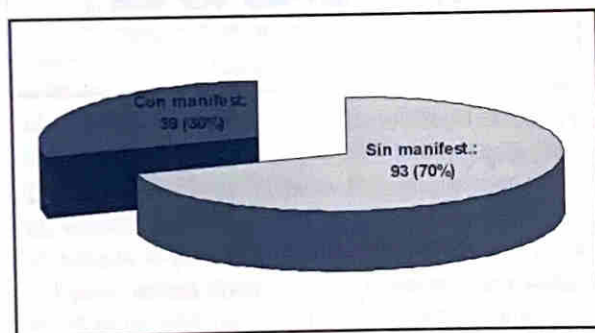
El estado civil de los pacientes se distribuyó de la siguiente manera Soltero: 75, Casados: 26; Unión libre: 14; Separados: 6; Sin datos: 6.



**Gráfico 6.** Procedencia de los pacientes VIH+.

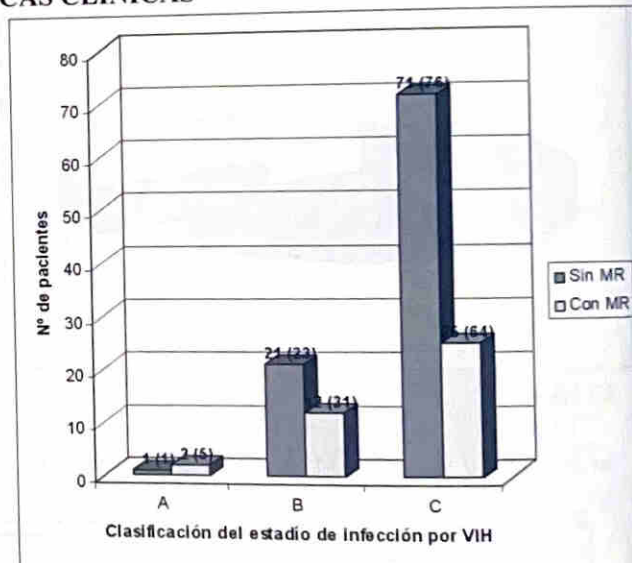
La procedencia de los pacientes fue: Exterior 3 (2%); Interior 18 (14%); Asunción 50 (39%); Central 57 (45%). La mayor cantidad se concentra en Asunción y Central con un total de 107 pacientes (84%).

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS



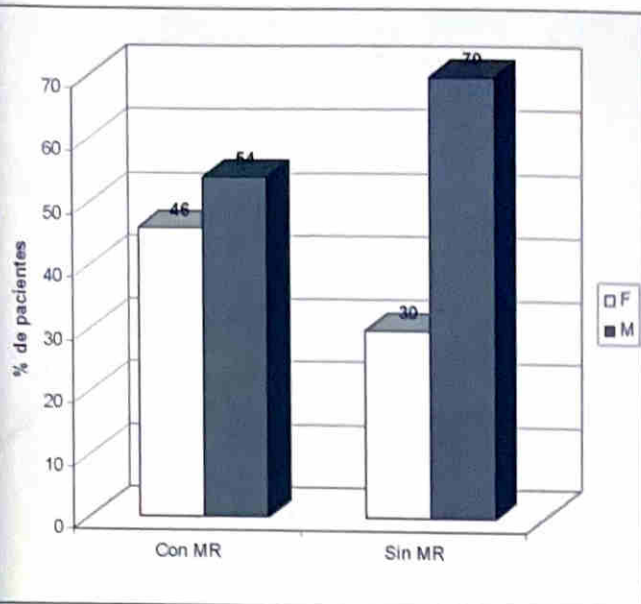
**Gráfico 7.** Frecuencia de manifestaciones Reumáticas.

De 132 pacientes VIH + / SIDA, 39 pacientes (30%) tuvieron manifestaciones reumáticas. 93 pacientes (70%) sin manifestaciones reumáticas.



**Gráfico 8.** Distribución de la frecuencia de manifestaciones reumáticas según clasificación del estadio de infección por VIH.

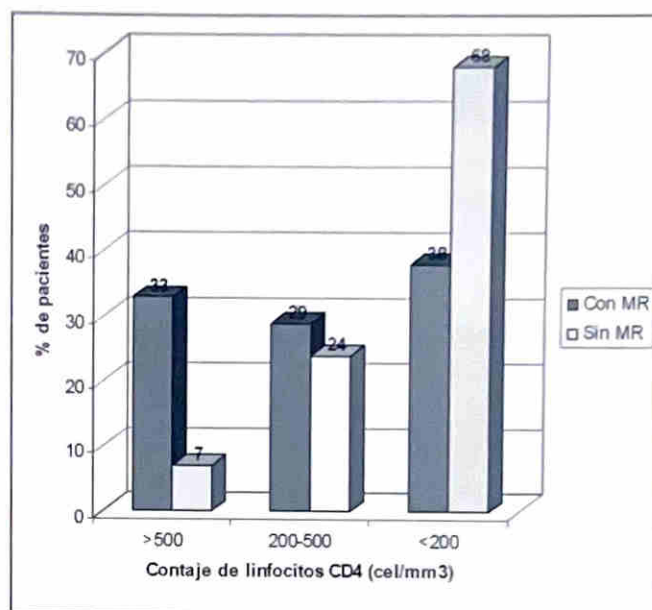
Sin MR: (sin manifestaciones reumáticas); Con MR: (con manifestaciones reumáticas). Según la clasificación clínica de los estadios de la infección por VIH de la CDC encontramos 2 pacientes en el estadio A; 12 pacientes en el estadio B y 25 pacientes en el estadio C que presentaban manifestaciones reumáticas. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con o sin manifestaciones reumáticas de acuerdo al estadio.



**Gráfico 9.** Distribución de la frecuencia de manifestaciones reumáticas según sexo.

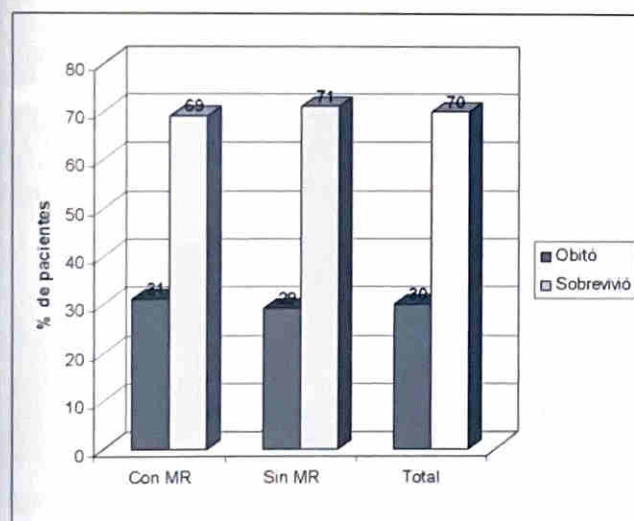
F: femenino; M: masculino

De los 39 pacientes VIH + con Manifestaciones y Reumáticas, F:18 pacientes (46%); M:21 pacientes (54%). 93 pacientes VIH + sin MR; F:28 pacientes (30%) y M:65 pacientes (70%). No existen diferencias clínicas significativas entre ambos grupos por sexos, pero existe una tendencia a una mayor frecuencia en mujeres para las manifestaciones reumáticas. Relación 1:1



**Gráfico 11.** Distribución de la frecuencia de manifestaciones reumáticas según conteo de linfocitos CD4.

Con manifestaciones reumáticas (MR): 21 pacientes, en el grupo 1:7 (33%), grupo 2: 6 Pacientes(29%), grupo 3: 8pacientes(38%). Sin manifestaciones reumáticas: 41pacientes, en el grupo 1:3 pacientes(7%), grupo 2: 10 pacientes(24%). Grupo 3:28 pacientes (68%). La distribución fue similar entre los grupos con manifestaciones reumáticas. La distribución entre grupos de los pacientes sin manifestaciones reumáticas, fue más alta en el grupo 3, diferencia estadísticamente significativa, ( $p=0,01$ )respecto a los pacientes con manifestaciones reumáticas y conteo bajo de CD4.



**Gráfico 10.** Frecuencia de mortalidad.

De 132 pacientes VIH+, fallecieron 39 pacientes(30%), sobrevivieron 93 pacientes (70%).De los pacientes que sobrevivieron, su estado al alta fueron: Mejorado:64 pac., Estacionario: 24 pac., Empeorado 5 pac. De los 39 pacientes con VIH+ con manifestaciones reumáticas fallecieron: 12 pacientes(31%),sobrevivieron:27(69.%). De los 93 pacientes VIH+ sin MR, fallecieron: 27 pacientes(29%), sobrevivieron 66 pac. (71%),  $p=0,8$  no significativo.

## CASUÍSTICA

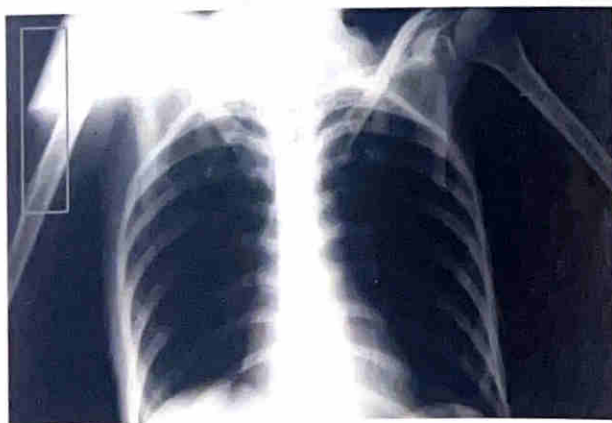
De los 132 pacientes con VIH/SIDA, 39 pacientes (30%) tuvieron manifestaciones reumáticas.

Las manifestaciones reumáticas se muestran en la *Tabla N° 1*.

**Tabla N° 1.** Manifestaciones reumáticas en pacientes con VIH/SIDA.

| Manifestaciones reumáticas                         |                                            | N | TOTALES |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|---|---------|
| Artritis                                           | Artralgias                                 | 5 |         |
|                                                    | Espondiloartropatías                       | 4 |         |
|                                                    | Artritis                                   | 2 |         |
|                                                    | Artropatía psoriásica                      | 1 | 12      |
| Miopatía                                           | Polimiositis                               | 7 |         |
|                                                    | Mialgias                                   | 2 |         |
|                                                    | Colitis ulcerosa                           | 1 | 10      |
| Vasculitis                                         | Glomerulonefritis membranoproliferativa    | 2 |         |
|                                                    | Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)  | 2 |         |
|                                                    | Vasculitis necrotizante sistémica          | 3 |         |
|                                                    | Vasculitis del sistema nervioso central    | 1 |         |
|                                                    | Vasculitis del sistema nervioso periférico | 1 |         |
|                                                    | Miocarditis                                | 1 |         |
|                                                    | Endoftalmitis                              | 1 | 11      |
| Infecciones                                        | Celulitis                                  | 1 |         |
|                                                    | Miositis tuberculosa                       | 1 | 2       |
| Enfermedades autoinmunes asociadas a infección VIH | Lupus Eritematoso Sistémico (LES)          | 4 |         |
|                                                    | Artritis reumatoidea                       | 3 |         |
|                                                    | Síndrome antifosfolípido                   | 1 | 8       |
| Misceláneas                                        | Hipertensión pulmonar primaria (HPP)       | 1 | 1       |
| TOTAL                                              |                                            |   | 44      |

**SERIE DE CASOS**  
**ARTRITIS ASOC. VIH:**



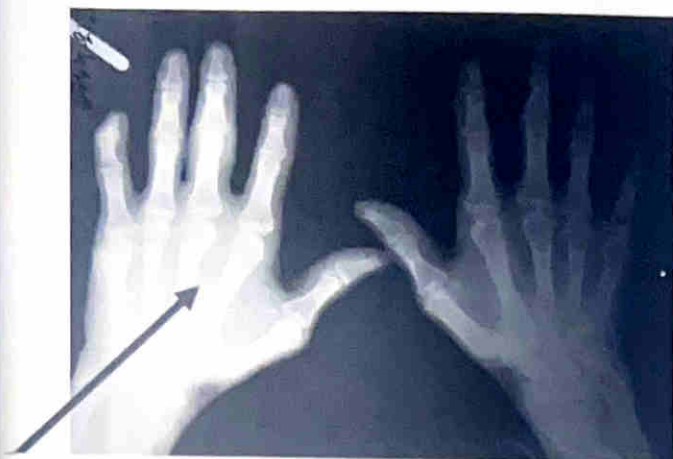
**Foto 1:** Mujer, (50 años). Rx. Hombro y antebrazo derecho. Se observan lesiones osteolíticas en antebrazo, cortical conservada.

**ESPONDILOARTROPATÍA:**



**Foto 2:** Varón, (21 años) Rx de pelvis AP. Se observa sacroileitis bilateral grado II, con esclerosis de bordes y disminución del espacio articular.

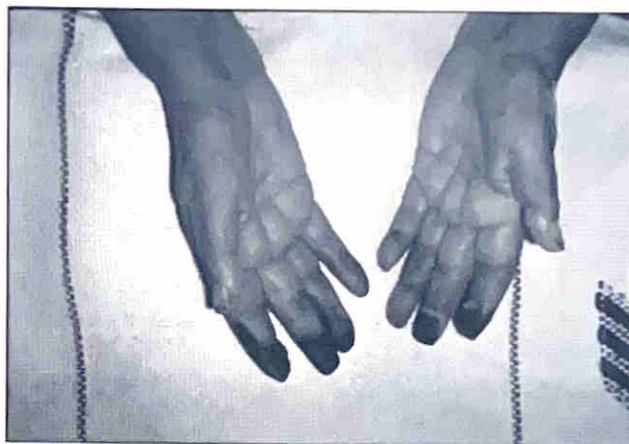




**Foto 3:** Varón (53 años) Rx de manos y Rx de codos: En las manos se observa sinovitis en articula-

ción interfalángica proximal, dedo medio Der. Se observa en el codo, tumefacción de partes blandas, esclerosis y calcificación tendinosa en cúbito.

### VASCULITIS



**Foto 4.** manos – pies: Mujer, (61 años) se observa necrosis de dedos de manos y pies, con coloración violácea isquémica que abarca parte de empeine y planta de pie. (Se llegó a la amputación del pie), Mejoró con corticoides dosis de 1 mg/Kp.



### INFECCIONES MUSCULOESQUELETICAS Espondiloartropatía. Miositis TBC.

Varón, 20 años de edad, adicto a drogas endovenosas(ADEV), conocido portador de VIH, sin tratamiento antiretroviral, con dificultad para la marcha, con muletas, por dolor en región sacroiliaca, fiebre alta con escalofríos. Posteriormente dificultad respiratoria severa, y TBC miliar, con BAAR (+)

en esputo. Se comprueba Sacroileítis izq, no afectación de cadera, posteriormente realiza colección purulenta en muslo izq, drenándose aprox. 500 cc de líquido purulento, con BAAR(+). HLAB27(-), Inmunofluorescencia para Toxoplasmosis (-), HbsAg y anti-HCV (-), VDRL(-), Mejoría con tratamiento antibacilar. Las siguientes fotos pertenecen al mismo paciente (*Fotos 5*).



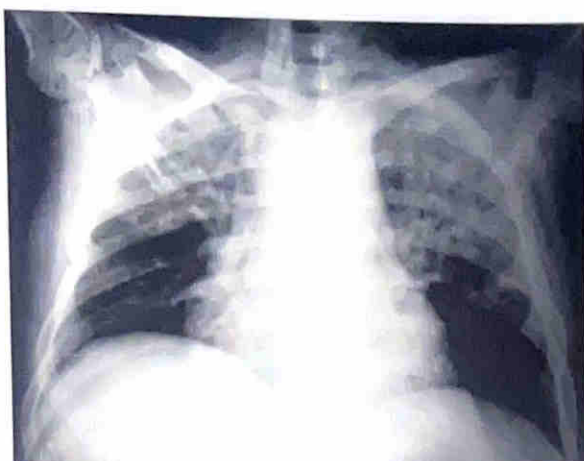


Foto 5. Rx. de Tórax: siembra miliar en ambos pulmones.



Foto 6. Ecografía de partes blandas. Colección líquida biloculada, en "reloj de arena" en músculo crural, muslo izquierdo.

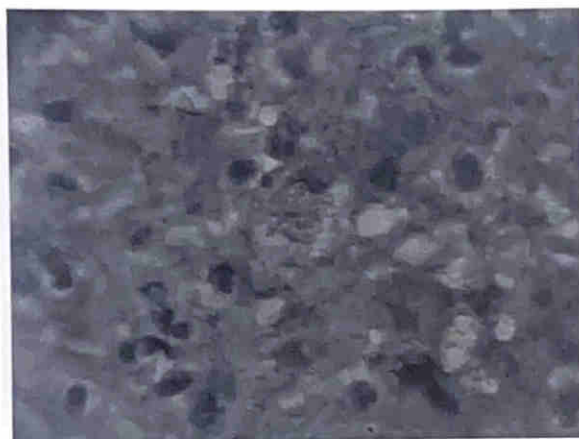
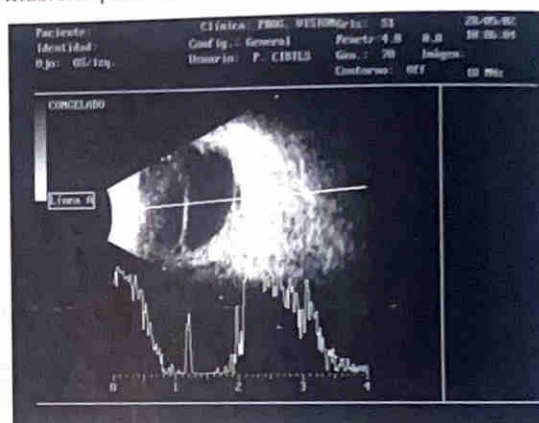


Foto 7. Ext. de secreción purulenta de muslo, donde se observa cúmulos de BAAR (+). **Sx. antifosfolípido, Endoftalmítis:** Mujer, (28 años.) ANA: 1/80 ANA:1/80 patrón homogéneo, Anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM levemente aumentados. Anticoagulante lúpico (-). Biomicroscopia: pupilas midriáticas, hipo reactiva, cristalino no opacificado, localizado in situ, se constata vítreo anterior turbio y pequeños coágulos en vítreo.



**Comparación de los pacientes con y sin manifestaciones reumáticas.** No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con o sin manifestaciones reumáticas según la clasificación clínica de los estadios de la infección por VIH de la CDC (gráfico 8). Tampoco se observó una diferencia significativa con respecto al sexo, a pesar de que existe una tendencia a una mayor frecuencia en mujeres para las manifestaciones reumáticas (relación 1:1), comparado con el grupo sin manifestaciones reumáticas donde relación M: F es de 2:1 (gráfico 9).

## DISCUSIÓN

Las características demográficas en nuestra serie de 132 pacientes infectados con el VIH en cuanto a la distribución por sexo y por año fue: Varones 65% Mujeres 35% Relación 2:1. En cuanto al grupo etario, la mayor cantidad se concentró entre los 20 y 39 años 73%. En nuestra serie existe un crecimiento sostenido en la cantidad de mujeres infectadas en los últimos 5 años. En cuanto a la procedencia, el mayor número de registros

proviene de Asunción y Central 83%. El porcentaje de óbito en nuestra serie se situó en 30%, sin diferencias significativas entre pacientes con y sin manifestaciones reumáticas.

La relación varón/mujer fue de 2/1, con un aumento en forma progresiva y ascendente a partir del 2000; a diferencia de la relación 29/1 a principios de la década del 80, lo cual nos sugiere que la epidemia no está controlada y que se está expandiendo a muje-

res y niños (8,9,10,11).

Las características demográficas del SIDA en nuestro país son notificadas anualmente por el Departamento de Vigilancia de PRONASIDA (Programa Nacional de Control del SIDA y ETS) (12) y presentamos un resumen a finales del 2005.

### La Epidemia de SIDA en el Paraguay (Departamento de Vigilancia de PRONASIDA (PNS) (12)

Se han notificado **1342 casos de SIDA** desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de DICIEMBRE del 2005, 3071 Infectados sin enfermedad indicadora, los que suman 4419 Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Los fallecidos notificados suman 755. **Tabla 2.**

La tasa de **incidencia anual de casos fue de 3.86** por 100.000 habitantes para fines del 2005. El crecimiento es constante. Durante el año 2005 se han registrado 555 nuevos VIH/SIDA, lo que significa un incremento de 8.9 personas por mes con respecto al año anterior (alrededor de un 20% de incremento mensual).

En cuanto a la distribución geográfica: el mayor número de registros proviene de Asunción y Central

(80%), los Departamentos de frontera lindantes con Brasil y Argentina: Alto Paraná, Amambay e Itapúa de intenso flujo de personas por razones comerciales. La distribución ha evolucionado con el tiempo, y en los últimos años el Chaco y los departamentos centro Norte de la Región Oriental han incrementado sus casos.

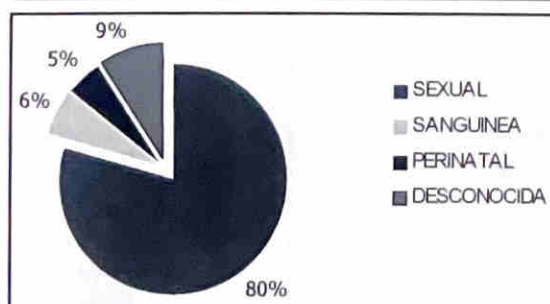
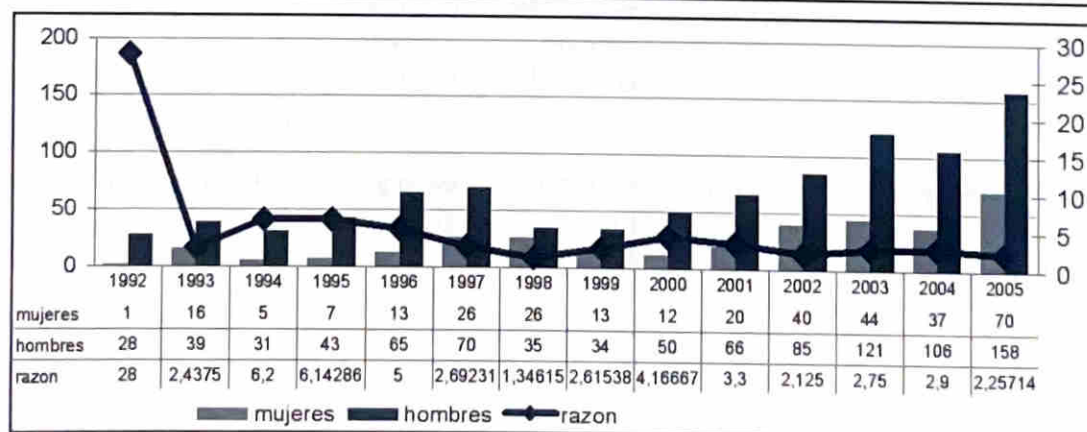
El tratamiento antirretroviral eficaz (HAART) mejora las manifestaciones clínicas y síntomas de muchas enfermedades reumáticas asociadas a VIH (artritis reactivas, SLID). Algunas drogas utilizadas en el tratamiento de enfermedades reumáticas (indometacina, hidroxicloroquina y sulfazalacina) también parecen tener propiedades antirretrovirales (14,15,16,17,18,19).

**Grupo genérico:** el 74% de los registros (n: 992) son hombres y el 26% (n: 344) mujeres. La razón hombre/mujer es 2.25 el 2005, en comparación con 2.9 para el año 2004. Existe un crecimiento sostenido en la cantidad de mujeres infectadas (duplicado en 1996-97). **Gráfico 12.**

**La Edad:** de mayor afectación esta entre 25 y 49 años (81%). El grupo etareo con mayor frecuencia de casos es el de 30 a 34 años, seguido del grupo de 25 a 29 años, tanto en hombres como en mujeres. La ten-

**Tabla N° 2.** Resumen de datos de notificación. Paraguay 2005. - PRONASIDA 2005

| RESUMEN              | 31/12/2005 | 85-2004 | 85 A 2005 |
|----------------------|------------|---------|-----------|
| INFECTADOS           | 321        | 2750    | 3071      |
| CASOS SIDA           | 228        | 1114    | 1342      |
| DESCONOCIDOS         | 6          | 30      | 36        |
| FALLECIDOS           | 75         | 680     | 755       |
| PVVS                 | 555        | 3864    | 4419      |
| Nº DE NOTIFICACIONES | 630        | 4526    | 5156      |



**Gráfico 12.** Distribución de la infección VIH / SIDA según sexo del 1992 a 2005. - PRONASIDA 2005

**Gráfico 13.** Transmisión del VIH/SIDA. PNS 2005.



dencia es el aumento de casos en las fajas etareas más jóvenes, con 32.2% de los casos registrados entre los 15 y 24 años (un tercio del total). Los menores de 15 años registran el 14.65% del total, para ambos sexos.

**Forma de adquisición:** la vía sexual registra 80% del total, siendo la heterosexualidad el 75% de los registros en mujeres y el 57% en hombres. La vía **sanguínea** acumula el 6%, con más de dos tercios de este grupo pertenecientes a los UDIV (Usuario de Drogas Intravenosas). La **transmisión vertical** contribuye al 5%, con mayor frecuencia entre los 0 y 4 años (80%). En el 9% se desconoce la vía de transmisión. **Gráfico 13.**

El 36% del total acumulado de casos está registrado como fallecido (N:755/2097 casos totales).

Los parámetros habituales para la determinación de riesgo de transmisión de la infección no se utilizaron en nuestra serie por tratarse de una población que acude a un hospital general universitario, en su mayoría eran ignorantes de su condición, no se conocían portadores 74% de los pacientes. Con esto podemos concluir que a nivel de vigilancia epidemiológica para nuestro país, es un estado de epidemia generalizada en una población general heterosexual. Estadísticamente la transmisión de la infección por VIH, a nivel mundial, es por vía heterosexual en un 80%.

En nuestra serie de 132 pacientes con VIH, hemos encontrado 30% con manifestaciones reumáticas, lo cual coincide con la literatura mundial.

En nuestra casuística, de 39 pacientes VIH+ con manifestaciones reumáticas hemos encontrado artralgias y artritis relacionados con el VIH: 14 casos, miopatías inflamatorias: 9 casos, vasculitis: 9 casos, espondiloartropatías: 2 casos y otras enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso sistémico + VIH+: 4 casos, artritis reumatoidea: 2 casos.

En la **tabla 3** se exponen las manifestaciones reumáticas en pacientes VIH+ en distintos países, a nivel mundial y lo comparamos con nuestro país.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de las manifestaciones reumáticas es de 30% en nuestra serie, que se presentó tanto en los estadios A, B y C aunque mas frecuente en el estadio C 64% en nuestra serie; y un 36% en estadio A y B, en etapas mas tempranas a la de SIDA, por lo que puede sugerir al médico general o al especialista, la sospecha de infección por VIH. Podríamos concluir a la raíz de estos hechos, la importancia de pedir estudios laboratoriales diagnósticos de VIH, en pacientes con manifestaciones reumáticas.

**Tabla N° 3.** Manifestaciones reumáticas a nivel mundial vs. Paraguay 2005.

| AUTOR                        | Buskila (21)      | Muñoz (22)      | Hacbarth (23)    | Berman (7)         | Romero             |
|------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|--------------------|--------------------|
| País                         | Canadá            | España          | Brasil           | ARGENTINA          | Paraguay           |
| Año                          | 1990              | 1991            | 1992             | 2000               | 2005               |
| Nº Pac                       | 52                | 556             | 120              | 270                | 132                |
| Tipo Estudio                 | Prospectivo       | Retrospectivo   | Prospectivo      | Prospectivo        | Retrospectivo      |
| Sexo Masc.                   |                   | 445 (80%)       | 108 (90%)        |                    | 86 p (65%)         |
| Sexo Fem.                    |                   | 111 (20%)       | 12 (10%)         |                    | 46 p (35%)         |
| Edad                         |                   |                 | M:33<br>(DS+-9)  | M:34,8<br>(DS11,1) | M:34,8<br>(DS10,1) |
| <b>Clínica reumatológica</b> | <b>34 (65,3%)</b> | <b>63 (11%)</b> | <b>49(40,8%)</b> | <b>21 (7,8%)</b>   | <b>39 p-30%</b>    |
| Artralgias                   | 21 (40,3%)        | 1,6%            | 33 (27,5%)       |                    | 5 (3,7%)           |
| Clínica muscular             | 18 (35,0%)        | 4,5%            |                  |                    | 10 (7,5%)          |
| Artritis asoc.VIH            | 2 (3,8%)          | 0,4%            | 6 (5%)           | 21 (7,8%)          | 2 (1,5%)           |
| Sx. Reiter                   | 2 (3,8%)          | 0,4%            | 2 (1,8%)         |                    | 0                  |
| A.Psoriásica                 | 3 (5,7%)          | 0%              |                  |                    | 1 (0,75%)          |
| Espond. Indif.               | 3 (5,7%)          | 0,2%            |                  |                    | 2 (1,5%)           |
| Vasculitis                   | 0                 | 0,4%            |                  |                    | 11 (8,3%)          |
| Infecciones                  | 0                 |                 | 8 (6,8%)         |                    | 2 (1,75%)          |
| SLID                         | 1 (2,0%)          | 0%              |                  |                    | 0                  |
| Polimiositis y vasculitis    | 0                 | 0%              |                  |                    | 0                  |
| Test Schirmer(+)             | No disponible     | No disponible   |                  |                    | 0                  |
| Fen. Raynaud                 | No disponible     | No disponible   |                  |                    | 0                  |
| LES                          |                   |                 |                  |                    | 4 (3%)             |
| Artritis reumatoidea         |                   |                 |                  |                    | 3 (2,2%)           |
| Hipert Pulm Prim             |                   |                 |                  |                    | 1 (0,75%)          |
| Sx antifosfolipido           |                   |                 |                  |                    | 1 (0,75%)          |



Con esta conducta, podríamos diagnosticar precozmente la infección por VIH/SIDA, lo cual llevaría a un mejor seguimiento y control de la enfermedad, y una mejor calidad de vida.

El espectro clínico de las manifestaciones reumáticas en nuestros pacientes se ha caracterizado por un mayor número de artritis, incluyendo espondiloartritis y artritis reactivas 30%; miopatías 23%; vasculitis 23%; otros como LES y AR fueron encontrados. No encontramos Síndrome de Linfocitosis Infiltrativa difusa (SLID).

Respecto a las vasculitis, en nuestra serie encontramos mayor frecuencia y además cuadros clínicos severos como vasculitis necrotizante sistémica que llegó a amputación miembros inferiores, a diferencia de lo que se reporta en la literatura mundial, con muy pocos casos de vasculitis sistémicas.

En cuanto a la frecuencia de las infecciones, que

varían según las series, de 0,8% a 11%, según la vía de transmisión del virus, mas frecuente en usuarios de drogas endovenosas. En nuestra serie tuvimos llamativamente una miositis infecciosa tuberculosa, a diferencia de las miositis que son generalmente a *staphylococcus aureus*.

El impacto global de la pandemia del VIH continúa creciendo, por tanto el reumatólogo debe estar conciente del amplio espectro de manifestaciones reumáticas que han sido descritas en individuos VIH positivos. La introducción del HAART no solo prolongó la expectativa de vida de los pacientes con VIH sino que ha introducido un nuevo espectro de enfermedades que deben ser consideradas por el médico práctico (artralgias, rabdomiólisis, osteonecrosis) y que una efectiva reconstitución inmune puede reactivar ciertas enfermedades reumáticas, en los que la infección por el VIH pudo haber causado la remisión (AR y LES).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Winchester R, Berstein DH, Fisher HD y col: The occurrence of Reiter's syndrome and acquired immunodeficiency. *Ann Inter Med.* 1987;106:19-26.
2. Berman A, Espinoza LR, Díaz JD et al. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med.* 1988; 85:59.
3. Gherardi R, Belect L, Mhiri G, Gray F, Less MC et al: The spectrum of vasculitis in human immunodeficiency virus infected patients. A clinicopathologic evaluation. *Arthritis Rheum.* 1993;36:1164.
4. Buskila D, Gladman DD, Langevitz P et al. Rheumatic manifestations of infections with the human immunodeficiency virus (HIV). *Clin Exp Rheumatol.* 1990;8:567.
5. Calabrese LH, Kelley DM, Myers A et al. Rheumatic symptoms and human immunodeficiency virus infection: the influence of clinical and laboratory variable in a longitudinal cohort study. *Arthritis Rheum.* 1991;34:257.
6. Montero A: Vasculitis e infección por VIH (SIDA). *Vasculitis Sistémicas. Toma de decisiones C. A. Battagliotti.* Edit. Univ. Nac. Rosario. 1999;26:23.
7. Berman A. Manifestaciones reumatológicas asociadas a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En: *Reumatología JA Maldonado-Cocco. A. Panamericana de Publicación.* 2000;524.
8. Galeano Jimenez HA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Los primeros 10 casos del Paraguay. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay. 1989.
9. Galeano Jimenez HA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en Paraguay. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay. 1997.
10. Samudio de Nuñez T. Características Epidemiológicas del SIDA en Paraguay. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Dpto. de posgrado. Curso Nacional de Especialización en Med. Int. Asunción, Paraguay. 2004.
11. Baez Maldonado E. VIH/SIDA. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la infección por el VIH y sus complicaciones. Asunción-Paraguay. 2005.
12. Departamento de Vigilancia Epidemiológica PRO-NASIDA. El SIDA en el Paraguay, Situación epidemiológica. Enero 2006.
13. Marquez J, Candia L y col. HIV associated musculoskeletal involvement. *AIDS Read* 2004 Apr, 14(4):178-9.
14. Ornstein MH, Sperber K: The anti-inflammatory and antiviral effects of hydroxychloroquine in two patients with acquired immunodeficiency syndrome and active inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum.* 1996;39:157.
15. Bourinbaier AS, Lee-Huang S. The non-steroidal anti-inflammatory drug, indomethacin, as an inhibitor of HIV replication. *FEBS Lett.* 1995;360:85.
16. Youseff P, Bertouch W, Jones PD. Successful treatment of human immunodeficiency virus-associated Reiter's syndrome with sulfasalazine. *Arthritis Rheum.* 1992;35:723.
17. Disla E, Rhim R, Reddy A et al. Improvement in CD4 lymphocyte count in HIV-Reiter's syndrome after treatment with sulfasalazine. *J Rheumatol.* 1993;21:662.
18. Masson C, Chennebault JM, Leclech C. Is HIV infection a contraindication to the use of methotrexate in psoriatic arthritis? *J Rheumatol.* 1995;22:2191.
19. Sperber K, Kalb TH, Stecher VJ et al. Inhibition of human immunodeficiency virus type I replication by



- hydroxichloroquine in T cells and monocytes. *AIDS Res Human Retrovir*. 1993;9:91.
20. Guillevin L, Cohen P. Management of virus-induced systemic vasculitides. *Curr Rheumatol Rep* 2002;4:60-6.
21. Buskila D, Gladman DD, Langevitz P et al. Rheumatic manifestations of infections with the human immunodeficiency virus (HIV). *Clin Exp Rheumatol*. 1990;8:567.
22. Muñoz Fernandez S, Cardenal A, Balsa A. Rheumatic manifestations in 556 patients with human immunodeficiency virus infection. *Semin Arthritis Rheum*. 1991 21:30.
23. Hacharth ET, Freire Ca, Atra E. Rheumatic manifestations of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Rev Assoc Med Bras*. 1992 Apr-Jun;38(2):90-4.