



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

ACUÑA L., GUILLERMO

Infección VIH y Cirugía. Recuerdos de un clínico

Revista Chilena de Cirugía, vol. 59, núm. 5, octubre, 2007, pp. 382-384

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531926014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CIRUGÍA AL DÍA

Infección VIH y Cirugía. Recuerdos de un clínico* The surgeon and AIDS

Dr. GUILLERMO ACUÑA L.^{1,2}

¹Departamento Infectología Hospital del Trabajador de Santiago. ²Infectólogo Clínica las Condes. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La infección VIH, su epidemiología, tratamiento y pronóstico han variado enormemente en el transcurso de los últimos 25 años. Con esta epidemia ha sucedido algo no visto antes en la historia de la medicina. Nuestra generación médica ha sido testigo de la descripción de la enfermedad, el hallazgo de su agente etiológico y epidemiología, la manera de diagnosticarla y tratarla. Si bien aún está pendiente la forma de curar la infección o prevenirla con una vacuna, en el pasado lo que sucedía es que se sufría una epidemia de una patología misteriosa, muchas veces siglos después se descubría su agente etiológico / epidemiología y en general era otra generación la que podía contar con un tratamiento efectivo.

Esta rápida evolución también se correlaciona con el manejo quirúrgico de diversas situaciones. En mi recuerdo están algunos casos de pacientes VIH +, en que necesitando una intervención quirúrgica, esta le fuera negada por varios colegas y el que la hacía y la clínica que lo recibía cobraban honorarios y derechos de pabellón muy por encima de lo habitual.

Es indudable que cualquier intervención invasiva en un paciente tiene un potencial riesgo de infección. A raíz de esta epidemia surgió el concepto de *precauciones universales*, las que han modificado en gran medida la forma de enfrentar el contacto con sangre y secreciones, debiendo constituirse en una forma habitual y no excepcional de

enfrentar a pacientes quirúrgicos, manejo de muestras, curaciones y todo tipo de procedimientos invasivos.

Chile fue uno de los primeros países sudamericanos que hicieron obligatorio el testeo de sangre de Bancos de Sangre, tanto en el área pública como privada. Esto disminuyó de inmediato el riesgo de infección por transfusiones pero además replanteó la necesidad de considerar cuidadosamente las indicaciones de transfusiones que hasta antes de la aparición de la infección VIH se hacía con bastante soltura¹.

Desde el punto de vista quirúrgico, el disponer de un examen de tamizaje hacía muy tentadora la posibilidad de solicitar el examen dentro de la rutina preoperatoria, muchas veces sin el consentimiento informado del paciente. En esa época de fines de los años 80 el diagnóstico de infección VIH significaba en la práctica una sentencia de muerte anticipada, dado que por el momento podíamos solo intervenir en las complicaciones oportunistas y el pronóstico era de muerte en un periodo relativamente corto.

En mi institución, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se acordó solicitar dicho examen a todo paciente que fuera a cirugía, con un consentimiento. Esta práctica fue cuestionada por mi, dado que el criterio era que todo paciente debía ser considerado VIH+ y por lo tanto manejado con las precauciones apropiadas no importando sexo, situación marital, edad, religión ni actividad. Sin embargo en conversaciones

*Recibido 29 de Mayo de 2007 y aceptado para publicación el 3 de Julio de 2007.

Correspondencia: Dr. Guillermo Acuña L.

Lo Fontecilla 441. Santiago, Chile

e mail: info@clc.cl

con la jefatura de Cirugía acordamos que para ellos, el saber positivamente que el paciente era VIH+ les permitía tomar algunas decisiones extras, las cuales no debían de ninguna manera afectar al paciente^{2,3}.

De esta forma, por ejemplo, paciente urológicos que requerían cirugía, fueron operados por el profesor de Urología y no por residentes e internos como habría correspondido en una institución universitaria. El manejo de sangre y líquidos se hizo más estricto y el paciente no fue perjudicado en absoluto, por el contrario recibió una atención de mayor cuidado que lo habitual.

Un caso de cirugía cardíaca obligó a una discusión clínica-ética interesante. El paciente tenía una indicación de cirugía electiva de revascularización coronaria. Cuando se agregó el dato de su condición de portador de infección VIH, en etapa sintomática (recuperado de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*) se argumentó que el pronóstico de la enfermedad de base era de la suficiente gravedad como para descartar una cirugía de circulación extracorpórea con sus propias posibilidades de complicaciones y que el caso (muchos años previos a la terapia antiviral [TARV]) podía compararse con un caso similar de un paciente con un cáncer avanzado.

Fuera de este caso, no recuerdo ningún otro en que la cirugía se denegara, por el contrario los neurocirujanos por ejemplo, nos ayudaron en muchos casos de masas intracerebrales cuya etiología solo pudimos dilucidar con muestra de tejidos (toxoplasma, chagoma, TBC)^{4,5}. Actualmente con las nuevas imágenes de scanner y resonancia nuclear magnética mas la ayuda de la biología molecular y serología es más raro que debamos recurrir a craneotomías, existiendo además la posibilidad de biopsias estereotáxicas, sin embargo seguimos trabajando cercanamente con neurólogos y neurocirujanos.

En cirugía abdominal, existen muchos casos operados, algunos por patología no relacionada a VIH y otros que se presentaron por ejemplo como colecistitis alitiásicas⁶ y en las que se encontró infección por criptosporideo, *Isoospora belli*, o microsporidio. En algunas ocasiones pacientes fueron al pabellón con diagnóstico de apendicitis aguda y en la operación se encontró un flegmón periapendicular del cual se desarrolló *Mycobacterium tuberculosis* o no tuberculosis (complejo avium y quelonae)^{7,8}. La tuberculosis extrapulmonar es una forma no tan excepcional de presentación en un paciente que no estaba previamente diagnosticado como VIH+. Consultan por síndromes febriles sin foco precisado y en el estudio de imágenes aparecen lesiones que se interpretan como colecciones

retroperitoneales y que pueden ser abscesos o ganglios abscedados. También la infección por citomegalovirus (CMV) ha llevado a abdomenes quirúrgicos. Hace algunos años llegó a urgencia de Clínica las Condes un paciente con un abdomen agudo acompañado por su mujer e hijo. Rápidamente fue llevado a pabellón encontrando al cirujano una úlcera de intestino delgado perforada. No fue hasta que la biopsia de la pieza mostró presencia de células con inclusiones intracitoplasmáticas que se sospechó la posibilidad de un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y se pidió la serología respectiva que confirmó que el paciente era VIH+. Afortunadamente el equipo quirúrgico, que no contaba con esta información al momento de intervenir a un paciente de urgencia, tomó las precauciones adecuadas y nadie sufrió ningún accidente, esto viene a corroborar lo importante que es adoptar estas precauciones como hábito y no como una norma que se ejerce solo en determinados pacientes o cuando se cuenta con una serología +. El enfermo evolucionó con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y permaneció por un par de semanas conectado a ventilador mecánico en situación crítica. Luego se recuperó y respondió bien al tratamiento antiviral (CMV) y a la TARV, volviendo a hacer su vida normal, retomando sus negocios y vida. Su familia aceptó la situación, él permanece casado y tiene el apoyo de los suyos. En este momento la infección viral se mantiene controlada y su vida está más en riesgo por una diabetes que no ha podido controlarse bien, mas que por el SIDA.

Otra área en la cual la cirugía ha debido intervenir frecuentemente es la coloproctología⁹. Por la misma naturaleza de la actividad sexual de muchos de estos pacientes, las lesiones ano-rectales son frecuentes desde hemorroides, fisuras, desgarros, abscesos perirrectales, condilomas extensos, cáncer de recto y otras lesiones. Muchas veces es el proctólogo quien solicita el examen y hace el diagnóstico.

La cirugía torácica ha debido emplearse ocasionalmente como ayuda diagnóstica (mediastinoscopia) y más frecuentemente como ayuda para el manejo de neumotórax por barotrauma asociado a ventilación mecánica en paciente con graves neumonías u ocasionalmente en pacientes con extensa pneumocystosis que hacen neumotórax espontáneos.

Actualmente, la terapia TARV ha hecho una gran diferencia en el pronóstico del paciente VIH+. El programa GES (garantías explícitas de salud) ha asegurado la posibilidad que todos los pacientes, tanto del sistema público como privado, tengan acceso a las terapias más efectivas, de modo que

a nivel mundial ha cambiado el concepto del diagnóstico precoz. El reconocer a una persona VIH+ en etapa temprana, permite poder intervenir en la diseminación de la infección y al paciente se le puede ofrecer un tratamiento que le permitirá vivir los años que le correspondan mientras cumpla cabalmente con el tratamiento y sus controles. En nuestro país aún es obligatorio contar con el consentimiento informado de la persona a la que se le va a hacer el examen, situación que tal vez en el futuro pueda modificarse. Las razones actuales para poner este examen (serología VIH) en una categoría diferente al resto de los exámenes médicos, no tiene una razón médica propiamente tal sino a la permanencia de los prejuicios que tiene nuestra sociedad sobre el significado de la infección VIH y la asociación con conductas sexuales que la sociedad chilena no ha aceptado. Esto puede perjudicar a muchas personas que pierden la oportunidad de que en un chequeo médico se les diagnostique una enfermedad tratable y al personal de salud que eventualmente sufre accidentes cortos/punzantes y que en ocasiones el paciente fuente rechaza que se le practique el examen aunque no le signifique ningún desembolso económico.

Por otra parte, hoy frente a una cirugía electiva, (incluyendo cirugías plásticas o estéticas) y cirugía mayores como transplantes,¹⁰⁻¹² no existe razón a priori para denegarla en base a un mal pronóstico de la enfermedad de base.

Las nuevas generaciones de cirujanos deberán tener claro que su vida profesional estará acompañada siempre por la posibilidad de tener que intervenir pacientes VIH+ y su práctica profesional no deberá olvidar nunca las precauciones para su persona y el personal de apoyo que merecen la mayor consideración para evitar posibles accidentes^{13,14}.

REFERENCIAS

1. McFarland JG. Perioperative blood transfusions: indications and options. *Chest* 1999; 115: 113S-121S.
2. Flum DR, Wallack MK. The surgeon's database for AIDS: a collective review. *J Am Coll Surg* 1997; 184: 403-412.
3. Saltzman DJ, Williams RA, Gelfand DV, Wilson SE. The surgeon and AIDS: twenty years later. *Arch Surg* 2005; 140: 961-967.
4. Torrealba G, Acuña G, Tagle P, Tapia J, Huete I. The value of cerebral biopsy in patients with AIDS and extensive cerebral lesions. *Rev Med Chil* 1990; 118: 1367-1371.
5. Oddo D, Casanova M, Acuna G, Ballesteros. Acute Chagas' disease (Trypaniomiiasis americana) in acquired immunodeficiency syndrome: report of two cases. *Hum Pathol* 1992; 23: 41-44.
6. Labarca J, Tagle R, Acuña G, Oddo D, Pérez C, Guzmán S. Colecistitis aguda alitiásica causada por *Cryptosporidium* en un paciente con SIDA. *Rev Med Chil* 1992; 120: 174-179.
7. Clarke DL, Thomson SR, Bissetty T, Madiba TE, Buccimazza I, Anderson F. A Single Surgical Unit's Experience with Abdominal Tuberculosis in the HIV/AIDS Era. *World J Surg* 2007; 31: 1088-1097.
8. Leone V, Misuri D, Fazio C, Cardini S. Abdominal tuberculosis: clinical features, diagnosis and role of surgery. *Minerva Chir* 2007; 62: 25-31.
9. Abbasakoor F, Boulos PB. Anal intraepithelial neoplasia. *Br J Surg* 2005; 92: 277-290.
10. Jones S, Bologa R. Renal transplant in an HIV-positive patient. *AIDS Read* 2007; 17: 172-174.
11. Castells L, Escartin A, Bilbao I, Len O, Allende H, Vargas V *et al.* Liver transplantation in HIV-HCV coinfecting patients: a case-control study. *Transplantation* 2007; 83: 354-358.
12. Roland ME, Lo B, Braff J, Stock PG. Key clinical, ethical, and policy issues in the evaluation of the safety and effectiveness of solid organ transplantation in HIV-infected patients. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1773-1778.
13. Desai DM, Kuo PC. Perioperative management of special populations: immunocompromised host (cancer, HIV, transplantation). *Surg Clin North Am* 2005; 85: 1267-1282.
14. Yii MK, Saunder A, Scott DF. Abdominal surgery in HIV/AIDS patients: indications, operative management, pathology and outcome. *Aust N Z J Surg* 1995; 65: 320-326.