

Las manifestaciones urológicas de la infección por HIV (*)

Dr. Boccon-Gibod, L. (**)

La frecuencia acrecentada de la infección por HIV implica que el urólogo de la década del '90 pueda:

- Tratar la enfermedad en presencia de síntomas urológicos reveladores de la enfermedad.
- Tomar todas las precauciones necesarias a fin de evitar la contaminación por los líquidos biológicos.

El Centro Hospitalario Universitario Bichat es un centro de referencia para el tratamiento de pacientes afectados por el virus HIV y de SIDA ya que comprende tres departamentos de enfermedades infecciosas.

Nosotros reportamos aquí un estudio retrospectivo de 73 pacientes afectados por el virus HIV tratados en Urología de 1986 a 1991: se trata aquí más del punto de vista del urólogo que del internista ya que los motivos de consulta han evolucionado con el tiempo.

73 pacientes de 22 a 60 años (media 36) de las cuales 66 eran del sexo masculino. El grupo de transmisión estuvo representado en 44 casos por homosexualidad, 14 casos por toxicomanía, 4 por transfusión y finalmente en 11 casos la transmisión fue desconocida.

El espectro sintomático de estos pacientes fue extremadamente variado, comportando la infección urinaria en 21 casos, tumor en 10, alteraciones neuroesfinterianas en 23, insuficiencia renal en 4 y enfermedad intercurrente en 15.

(*) Conferencia dictada en el Curso de Avances en Urología - 1992

(**) Clinique Urologique de l'Hospital Bichat
75018 Paris, France

La infección urinaria se observa frecuentemente en el curso de la infección HIV y de SIDA.

Cualquier agente patógeno puede ser el causante, pero hay que insistir particularmente en el hecho que la infección urinaria a Salmonella, Citomegalovirus y bacilo de Koch es actualmente considerada como patognomónica de la enfermedad de SIDA.

Las localizaciones son, la mayoría, a nivel del aparato urinario bajo (epidídimo, próstata) en donde ellas evolucionan con una particular frecuencia a la abscedación, y a nivel del riñón y de la esfera perirrenal.

- Las orquiepididimitis fueron observadas en 10 pacientes, 6 en estadio 2 de la enfermedad, 2 en estadio 3 y 2 en estadio 4. Se trataba de gérmenes diversos (colibacilos, estafilococos y bacilo de Koch). La evolución fulminante, necesitando la castración, fue observada en 4 pacientes, y es importante notar que en 4 de los 10 pacientes, la epididimitis fue el síntoma que llevó al descubrimiento de la seropositividad.
- Las prostatitis fueron observadas en 7 pacientes. Si bien 5 pacientes de entre ellos curaron luego de un tratamiento por Fluoroquina, 2 evolucionaron hacia un absceso prostático y uno de ellos finalmente murió.
- La infección urinaria del aparato superior fue observada en 4 pacientes, 3 abscesos perirrenales, esencialmente en los toxicómanos, y una pielonefritis aguda no obstructiva. En estos casos también, en 1

paciente de cada 4 la infección del aparato urinario superior fue la que llevó al diagnóstico de la seropositividad.

- Los tumores se observan frecuentemente durante la infección por HIV; ellos pueden tener cualquier localización y es cierto que la inmunosupresión juega aquí un rol etiológico importante.

Las localizaciones más frecuentes son el testículo, con los tumores no seminomatosos, el retroperitoneo, con los linfomas y el pene con el sarcoma de Kaposi.

Nosotros hemos observado 2 tumores de testículo, un cáncer renal, un tumor de vejiga, 6 sarcomas de Kaposi, de los cuales 3 difusos y 3 localizados a nivel del prepucio, necesitando una cicuncisión, y finalmente un condiloma uretral difuso que pudo ser curado con instilaciones de 5 fluoro-uracilo.

Las alteraciones neuroesfinterianas son frecuentes durante el curso de la enfermedad. Su etiología es variada: encefalitis a HIV, infecciones oportunistas, tumores como el linfoma cerebral.

Su semiología es dominada más frecuentemente por la incontinencia que por la retención, y es sobre todo importante notar que el examen urodinámico permite en la mayoría de los casos, arribar a la definición de los mecanismos de esas alteraciones y a un tratamiento sintomático eficaz.

Nosotros hemos podido observar estos tipos de síntomas en 23 pacientes, todos en estadio 4 de la enfermedad, 30% de entre ellos eran retencionistas, 2/3 incontinentes, y la semiología extremadamente variable, así como la lesión de origen de esas alteraciones (5 toxoplasmosis cerebrales, 1 mielitis herpética, 1 linfoma cerebral y 2 meningitis).

Es importante notar que 5 de los 23 pacientes, o sea más de un cuarto, murieron entre 1 a 19 meses luego de aparecidos los síntomas.

La exploración urodinámica puso en evidencia en los pacientes retencionistas más frecuentemente una disiner-gia vé-sico-esfinteriana que una hipoco-ntractilidad vesical.

Estos pacientes pudieron ser tratados con cateterismo intermitente, alfa bloqueantes mio-relajantes o esfinterotomía.

En los otros casos, en los que el síntoma fue la incontinencia, sus diversas manifestaciones (inestabilidad vesical, atonía esfinteriana, disiner-gia vé-sico-esfinteriana) pudieron ser tratadas de manera eficaz con sonda en permanencia, anticolinérgicos, alfa bloqueantes hasta una electroincisión del cuello.

La insuficiencia renal es relativamente frecuente, ella es debida a la nefropatía provocada por el virus HIV o a una gloméruloesclerosis segmentaria y focal.

El tratamiento está representado por la hemodiálisis, y nosotros hemos realizado 5 fistulas arteriovenosas para hemodiálisis durante ese período.

Finalmente, un cierto número de pacientes afectados por el virus HIV son hospitalizados en Urología por infecciones concomitantes, no relacionadas con la enfermedad. Hemos observado 16 pacientes portadores de cálculos

renales, de cistitis, prostatismo y estenosis de meato.

En conclusión, hoy es responsabilidad del urólogo:

1. Saber que una infección urinaria super aguda puede revelar la infección por HIV y conducir a la práctica de exámenes de diagnóstico.
2. Tratar eficazmente las manifestaciones urológicas del conjunto HIV-SIDA.
3. Tratar eficazmente las manifestaciones urológicas no ligados a la enfermedad HIV-SIDA.

Un cierto número de precauciones son indispensables:

- En lo que concierne a enfermos, hay que saber que la cirugía no altera significativamente su sistema inmunitario.
- En lo que concierne al equipo urológico, hay que saber que él está expuesto a la contaminación del virus presente en la sangre, el esperma y la orina que contenga sangre y esperma.

El riesgo de seroconversión es de alrededor del 0,47% y se observa esencialmente luego de accidentes con agujas más que por heridas.

Hay que saber que el riesgo de exposición durante las intervenciones quirúrgicas es del orden del 30% durante la cirugía a cielo abierto y del 33% durante la cirugía endoscópica, y que es frecuente que los pacientes sean ya conocidos como seropositivos, lo que implica la utilización de métodos de protección idénticos sea cual fuera el estado de los pacientes.

Los métodos de precaución deben constar de:

- En el consultorio, la utilización de guantes y de anteojos.
- Durante la cistoscopia y los estudios urodinámicos, la utilización de guantes y de anteojos, de una americana descartable, de la esterilización del instrumental con SIDEX o la ESPORCIDINA, y la reunión de los pacientes ya sea al fin del programa o durante una sesión especial.
- En la sala de operaciones, las siguientes precauciones son recomendadas: doble par de guantes, anteojos, gorro y americana impermeables, campos descartables, protección ocular o recurrir a la videoendoscopia, exclusión de la sala de operaciones de todo el personal portador de heridas cutáneas, y finalmente, el registro de todo accidente ocurrido en la sala de operación.

Resta por fin el problema de saber cuándo solicitar y realizar el examen serológico.

Es indiscutible que él debe ser realizado ante toda donación de sangre, de esperma o de transplatación de órganos.

Parece razonable realizarlo, luego de prevenir al paciente, en caso de infección urinaria super aguda, de alteraciones neuroesfinterianas inexplicables, y finalmente, en caso de heridas en sala de operaciones, si el operado es un paciente seropositivo.

Ultracal

Innovación en la terapéutica prostática.

FORMULA:
Cada comprimido
recubierto contiene:
Extracto de
Serenoa Repens
160 mg
Extracto de
Pygeum Africanum
50 mg



POSOLOGIA:
Como terapia inicial
se recomiendan
2 ó 3 comprimidos
diarios, ingeridos
preferentemente
luego de las comidas.
Como terapia de
mantenimiento
1 comprimido por día.
Esta posología
podrá modificarse
según criterio médico.

PRESENTACION:
Envases conteniendo
30 comprimidos
recubiertos.



Baliarda



*Infección
urinaria*



UROSEPTAL

Norfloxacina Bagó

*Primera
elección*

Presentación:
envases conteniendo 10 y
20 comprimidos



Líder en antibioticoterapia

MITOMYCIN - C

mitomicina C

EFFECTIVIDAD

SEGURIDAD Y CALIDAD

EN EL TRATAMIENTO

DEL CANCER

SUPERFICIAL DE

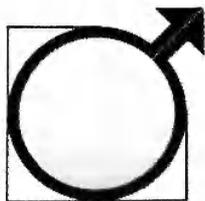
VEJIGA



BRISTOL
MYERS



CIBA-GEIGY
LEADER EN ONCOLOGIA



PERMIXON

Serenoa Repens Bagó

Antiprostático Integral



PRESENTACION:

Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos.



Bajo licencia de
P.F. Medicament



BagóPharma
Internacional