

# El Paciente HIV Positivo en Coloproctología

Dr. Pedro Morgado Nieves\*

Dr. Pedro Morgado Schmilinsky\*

## RESUMEN

Presentamos un estudio retrospectivo de un grupo de ocho pacientes portadores de una reacción positiva a la investigación del virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV), dentro de un universo de 976 nuevos pacientes atendidos en nuestra consulta, entre enero de 1986 y noviembre de 1990. Cinco pacientes fueron sometidos a cirugía anal. Tres pacientes tenían patología anal no quirúrgica y fueron referidos para tratamiento de su enfermedad de base. Los pacientes operados recibieron todos los cuidados de la técnica quirúrgica y, además, 1 gr de Cefoxitin endovenoso por seis dosis en el postoperatorio inmediato. Ninguno hizo infección sobregregada. Cuatro de los cinco pacientes operados están bien, sin desarrollar el SIDA en períodos que van de uno a tres años. Dos pacientes murieron con SIDA dentro de los dos años siguientes al diagnóstico serológico, entre ellos uno operado, y dos están vivos, pero desarrollaron el SIDA. El cirujano colorectal, en particular debe esforzarse por detectar los pacientes HIV positivos, aunque consideramos que la técnica quirúrgica, incluida la atención personal de quirófanos, debe ser realizada asumiendo que todos los pacientes son HIV positivos.

## ABSTRACT

In a study of 976 patients seen between January 1986 and November 1990, 8 were HIV positive. Five patients were subjected to anal surgery and three were referred for medical treatment. If I.V. cefaloxin was given to the surgical patients for 6 doses at postoperative. No infection was recorded. Two patients died from AIDS, at 2 years, one of them operated. Some indications are given about precautions required for the proctologist surgeon.

## PALABRAS CLAVES

1.- SIDA, SIDA y coloproctología, Pacientes HIV positivos.

## INTRODUCCION

El manejo de pacientes portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) es causa de duda, de temor y hasta rechazo, dentro de la comunidad quirúrgica mundial. Venezuela no puede escapar a esta situación, en parte por la poca información que sobre el tema se ha dado a nuestros cirujanos y, en parte, por el escaso número con diagnóstico de HIV que aparentemente es manejado directamente por los cirujanos, y en especial por los cirujanos colorectales. Por supuesto, no tenemos información sobre los cirujanos ni sobre el personal paramédico que maneja estos pacientes, en relación con los posibles casos de contaminación accidental en salas operatorias. Algunas organizaciones quirúrgicas se han preocupado por hacer recomendaciones a sus miembros, en relación al manejo de los pacientes con reacción HIV positiva al virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida. El Colegio Americano de Cirujanos, a través de una de sus más importantes publicaciones (1), señala que "una de las razones por las cuáles se cree que la trasmisión del HIV a trabajadores de Hospital es tan poco frecuente, es la relativamente baja concentración de virus en la sangre del paciente con SIDA. La concentración de partículas de virus en el paciente con SIDA es estimada en 10 a la 4 por mililitro, en comparación con 10 a la 13 por mililitro en pacientes con una hepatitis activa de hepatitis B".

Nuestros cirujanos, particularmente los cirujanos jóvenes en formación, podrían tener una idea incorrecta del manejo de pacientes con HIV positivo, que podría llevarlos, incluso, hasta pretender violar las normas éticas universalmente aceptadas, al negarse a atender pacientes en esta situación.

Las cifras oficiales de pacientes portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana, hasta el 30 de junio de 1990, suministradas por la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA, del Ministerio de Sanidad de nuestro país, señalan la existencia de 806 casos, pero muestran a la vez un aumento constante de la incidencia. Debemos suponer que las cifras son mucho mayores, al incluir los pacientes vistos en el ejercicio privado y que no son reportados a las oficinas gubernamentales.

El propósito de este trabajo, aparte de llamar la atención en relación al problema, es mostrar la incidencia, en nuestra práctica, de pacientes con serología positiva al HIV, ya que los pacientes asintomáticos son los que representan mayor riesgo para el cirujano.

\* Hospital Centro Médico de Caracas

## MATERIAL Y METODO

Hacemos una visión retrospectiva de un grupo de pacientes portadores de una serología positiva a la investigación del virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV), vistos entre enero de 1986 y noviembre de 1990, entre 976 nuevos pacientes atendidos en nuestra consulta del Centro Médico de Caracas. En ellos investigamos edad, sexo, profesión, motivo de consulta, estadio de la enfermedad, diagnóstico quirúrgico, tipo de intervención realizada y evolución.

Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos, de acuerdo a la clasificación de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC): Grupo I, el síndrome agudo; Grupo II, el portador asintomático; el Grupo III, la linfadenopatía persistente generalizada y el Grupo IV, enfermedades causadas por otros virus productores de Inmunodeficiencia Humana que llenan la definición de SIDA auspiciada por el CDC: pacientes con una o más de 12 infecciones específicas secundarias (por ejemplo: neumonía por *Pneumocystis carinii*; candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar; histoplasmosis; infección por citomegalovirus, etc.) y que no tienen más explicación que infección por HIV; o pacientes con uno o más de tres cánceres secundarios conocidos por su asociación con la infección por HIV (por ej.: sarcoma de Kaposi).

La investigación del HIV se solicitó en atención a la situación del paciente dentro de los grupos de riesgo: homosexualidad, profesión y hábitos.

En los pacientes operados, solamente nos limitamos a seguir estrictamente los patrones de la técnica quirúrgica, siendo cuidadosos en el manejo del instrumental quirúrgico, particularmente en la eliminación de las agujas. El personal del quirófano fue advertido sobre la situación del paciente, tomando el anestesiólogo, el instrumentista, las circulantes y el personal de limpieza, las previsiones necesarias para evitar la contaminación con sangre y líquidos del paciente.

En todos los pacientes intervenidos, empleamos cefoxitin a dosis de 1 gr intravenoso, cada 6 horas, por 48 horas.

El último control serológico del autor principal fue realizado en mayo de 1992, y el del coautor en diciembre de 1991.

Los pacientes fueron referidos a tratamientos por grupos de infectólogos dentro y fuera del Centro Médico. El seguimiento a largo plazo de los pacientes operados fue realizado en entrevistas efectuadas en el consultorio, en tanto obtuvimos información referencial de los pacientes no operados, a través de sus familiares.

## RESULTADOS

Analizamos las historias de ocho pacientes en quienes se encontró positiva la investigación de HIV, en un total de 976 pacientes nuevos vistos entre enero de 1986 y noviembre de 1990, lo que hace una incidencia de 0.8%.

Todos los pacientes eran del sexo masculino. Cinco eran homosexuales y tres heterosexuales. Hubo dos peluqueros, dos comerciantes, un preparador de caballos, un operario de televisión,

un transformista y un médico. La menor edad fue de 19 años y la mayor de 46.

Un paciente consultó por diarrea, malestar general, fiebre y múltiples adenopatías inguinales; otro, por diarrea, fiebre y tos, con recuperación de *C. Albicans* en el examen de esputo; dos, por fisura anal, uno de ellos con imagen de condensación en el vértice del pulmón derecho, encontrándose *H. Capsulatum* en la investigación histológica del espécimen resecado y reacción serológica positiva para esta micosis en la investigación postoperatoria; y un paciente con cada uno de los siguientes motivos de consulta: purito anal, supuración perianal, masas no dolorosas perianales y masas perianales dolorosas y sangrantes.

Los diagnósticos quirúrgicos preoperatorios fueron: fisura anal en dos casos, enfermedad hemorroidal prolapsante y sangrante, condilomas acuminados del ano y fístula perianal.

Cuatro pacientes fueron considerados como incluíbles en el grupo II; dos, en el grupo I y dos en el grupo IV.

Operamos cinco pacientes, efectuando dos fisurectomías con esfinterotomía; una hemorroidectomía, una fistulotomía y una electrocoagulación de condilomas. Cuatro pacientes pertenecían al grupo II y un paciente al grupo IV.

No hubo infección postoperatoria en ninguno de los pacientes. Cuatro de los pacientes intervenidos, todos pertenecientes al grupo II, están vivos, sin desarrollar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entre uno y tres años después de operados.

Los pacientes del grupo I y un paciente del grupo IV fallecieron con el SIDA, dentro de los dos años siguientes al diagnóstico serológico. Un paciente del grupo II y otro del grupo IV están vivos, pero también desarrollaron el SIDA.

## DISCUSION

Los cirujanos, en general, y los dedicados a la coloproctología, deberían apelar a un criterio arbitrario ante sus enfermos: todos los enfermos son portadores del virus de la inmunodeficiencia humana, hasta que no se demuestre lo contrario. Ello significa que todos los pacientes deben ser manipulados con el mismo cuidado, la misma atención para el detalle de la técnica quirúrgica y las mismas precauciones por parte del personal médico y paramédico, tanto a nivel de la sala operatoria, como del propio consultorio.

Hay dos exámenes que deben ser pedidos, al menos ante todo enfermo incluído en los grupos de riesgo habituales: la prueba inmunosorbente para la enzima encadenada (enzyme-linked immunosorbent assay o ELISA) y la prueba de del secado Western (Western blot assay o WBA). El ELISA es considerado altamente sensible, pero su tasa de falsos positivos es alta, ya que hay individuos que tienen anticuerpos capaces de reaccionar con antígenos HIV, pero no son específicos para el HIV. El WBA es considerado más específico, pero da muchos falsos negativos, por lo que se recomienda usar sólo en pacientes con ELISA positivos. Sin embargo, muchos bancos de sangre no usan las donaciones de pacientes HIV positivo por ELISA (1).

El papel del cirujano en el manejo de pacientes con HIV

positivos estará orientado a tratar la enfermedad quirúrgica por la cuál consulta, evitando las infecciones por agentes infecciosos oportunistas. Al mismo tiempo, deberá protegerse a si mismo y al personal que lo acompaña, extremando los cuidados de la técnica quirúrgica. Deberá, igualmente, proteger de la infección al resto de sus pacientes.

Tenemos la impresión que el coloproctólogo maneja más pacientes en el grupo II y IV que en los grupos I y III. En nuestra experiencia la mayoría de los pacientes operados fueron del grupo II, lo que significa que nuestro peligro es mayor si no estamos alerta para la detección del HIV en los pacientes en riesgo. De modo que la única forma real de protegernos es tratar a todo nuestros pacientes con las mismas precauciones.

En la literatura hay casos de fatalidades asociadas a infecciones violentas, después de la ligadura de hemorroides con bandas elásticas, que pudieran estar relacionadas con la presencia de infección por HIV no detectada previamente (2,3).

Ante el paciente HIV positivo, el cirujano debe recordar que, en su consultorio, una buena desinfección instrumental después del examen de cada paciente, o, en lo posible, el empleo de instrumentos endoscópicos descartables, es una garantía de seguridad para si mismo y los demás pacientes.

Hasta ahora no hay casos documentados de transmisión del virus de un cirujano a un paciente, por lo que se discute si un cirujano HIV positivo debe o no continuar haciendo cirugía. CDC no ha recomendado, todavía, que estos cirujanos se abstengan de operar (4), aunque, por supuesto, los hospitales están en su derecho de restringir la actividad del personal de quirófanos, infectado con el HIV.

La exposición al virus en el sitio de trabajo puede, en muchos casos, ser evitada. La mayor parte de las lesiones provienen del descuido en la manipulación de objetos cortantes o agudos, como las hojillas de bisturí y las agujas. Entre las recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos, están: use inyectoras descartables; maneje con extremo cuidado los tejidos de los especímenes, muestras de sangre, campos sucios y basura quirúrgica; los vendajes y otro material descartable deben ser colocados en envases especiales - bolsas de plástico gruesas - y no en envases de re-uso en los hospitales. Adicionalmente, debe usarse guantes cuando se manejan fluidos corporales; usar una bata para prevenir la contaminación de la ropa; lavarse las manos después de contacto con fluidos; desinfección de las partes contaminadas con solución al 5.25% de hipoclorito de sodio en agua, o cualquier otro líquido esterilizante. Use anteojos, cuando piense que puede haber partículas volátiles en el campo operatorio.

El empleo de doble guante en la cirugía del paciente HIV positivo, es más bien una cuestión psicológica que práctica: el doble guante no impide la puntura de la aguja o el corte de un bisturí, pero nos recuerda la peligrosidad del paciente que estamos manejando. La evidencia sugiere, sin embargo, que la afinidad del HIV por las células de Langerhans puede permitir que el virus invada al huésped, aún a través de la piel o mucosas intactas.

Podríamos resumir nuestra posición frente a los pacientes HIV positivos, diciendo que todo paciente quirúrgico debe ser tratado

con los mismos cuidados y las mismas precauciones que un paciente HIV positivo. En esta forma, eficazmente nos protegemos nosotros, el personal que trabaja con nosotros y los demás pacientes que vienen a nuestro cuidado. La investigación de HIV, por consiguiente, debe ser incluida en la rutina de exámenes preoperatorios. El paciente que la rehuse debe ser tratado como un HIV positivo.

## REFERENCIAS

- 1.- DAVIS JM. Acquired immunodeficiency syndrome, in Care of the Surgical Patient, American College of Surgeons, Scientific American Inc., 1990; 12:1-2.
- 2.- O'HARA VS. Fatal clostridial infection following hemorrhoidal banding. Dis Colon Rectum 1980;23:570-571.
- 3.- RUSSELL TR, Donohue JH. Hemorrhoidal banding: a warning. Dis Colon Rectum 1985;28:291-293.
- 4.- ROBERT-GUROFF M, NAKAO Y., NOTAKE K. et al. Natural antibodies to human retrovirus HTLV in a cluster of Japanese patients with adult T-cell leukemia. Science, 1982; 215:975-980.