Documento descargado de http://www.elsevier.es el 21/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Nuevo caso de infección por VIH-2 en la Comunidad Valenciana

Sr. Director:

En la Comunidad Valenciana habían sido comunicados hasta el momento actual 6 casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)-2, desconociéndose la progresión a síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida) de los mismos (tres en Alicante y tres en Valencia). Recientemente hemos tenido ocasión de diagnosticar un nuevo caso (séptimo en nuestra comunidad) en el que se ha constatado la evolución a sida.

Se trataba de un varón senegalés de 42 años, comerciente de cerámicas, establecido en España desde hacía dos años, que consultó por presentar disuria y hematuria en los últimos tres días. Refería además orinas espumosas de más larga evolución, sin otra sintomatología destacable. Como antecedentes, hace 5 años había sido tratado por una tuberculosis pulmonar durante un año en su país. A la exploración se encontraba febril, con temperaturas de hasta 38-39° C, sin escalofríos. Presión arterial (PA) de 120/80 mmHg. Roncus diseminados a la auscultación pulmonar. Próstata aumentada de tamaño y dolorosa, siendo el resto normal, sin apreciarse edemas, adenopatías periféricas, muguet ni leucoplasia vellosa oral. En cuanto a los resultados de las exploraciones complementarias destacaban: anemia normocítica normocrómica (Hb: 9,1 g/dl), siendo las cifras de leucocitos, linfocitos y plaquetas normales. El análisis bioquímico mostraba urea de 56 mg/dl; creatinina, 1,2 mg/dl; GOT, 39 U/l; LDH, 209 U/l; proteínas totales de 10,6 g/l, siendo la albúmina el 19,1% y las gammaglobulinas el 60% (gammapatía policlonal IgA, IgG, IgM), velocidad de sedimentación globular (VSG) de 140 mm/h, beta-2-microblobulina 6,41. Anticuerpos anti-VIH-2 positivos por técnica de ELISA. En el análisis de orina apareció microhematuria y proteinuria de 10 g/d. La tinción de Ziehl-Nielsen en esputo, orina y lavado broncoalveolar fue negativa. En esputo, el cultivo de Lowenstein fue positivo para *Micobacterium tuberculosis*. El cociente DC4/CD8 era de 0,11 (Cd4: $151,10^6$/l; CD8: $1.414,10^6$/l). En la radiografía de tórax había un nódulo en lóbulo pulmonar medio derecho, homogéneo y bien delimitado, próximo a cisura, de 3 cm de tamaño. En la tomografía computarizada (TC) toracoabdominal aparecía el mismo nódulo y adenopatías retroperitoneales, paraaórticas izquierdas por debajo de la salida de las venas renales de aspecto heterogéneo con captación central de contraste. En el lavado broncoalveolar creció *Micobacterium tuberculosis*. Se inició seguidamente terapia antituberculosa con isoniazida, pirazinamida y etambutol y antirretrovírico con zidovudina (AZT) y lamivudina (3TC).

El VIH-2 fue identificado por primera vez en 1986 en dos pacientes africanos con sida [1]. El epicentro geográfico se encuentra en África occidental: Guinea-Bissau, Senegal, Costa de Marfil y Camerún. La incidencia disminuye centrípetamente en los países circundantes [2]. En Europa ya hay descritos más de un millar de casos, mayormente en población inmigrante, siendo los países con mayor prevalencia Francia y Portugal [3,4]. En España los primeros casos se registraron en 1988 en tres inmigrantes africanos residentes en el Maresme (Barcelona) [5]. Desde entonces hasta ahora hay registrados 99 casos (tanto de forma aislada como en coinfección con el VIH-1) concentrados fundamentalmente en Madrid y Barcelona, y sólo 6 casos en nuestra comunidad [6,7].

El VIH-2 tiene mayor variabilidad genética que el VIH-1, con 7 subtipos diferentes denominados de la A a la G [8]. El subtipo A es el más patogénico y el más frecuente a nivel global [9]. Su transmisibilidad y patogenicidad parecen ser menores con un mayor tiempo de latencia desde la adquisición de la infección hasta el desarrollo de signos de inmunodeficiencia y también de supervivencia desde el diagnóstico de sida [10]. Además, las personas infectadas por el VIH-2 tienen menores niveles de viremia, especialmente durante los estados asintomáticos. La sensibilidad a los antirretrovíricos es distinta; es resistente de forma intrínseca a la nevirapina y el grado de sensibilidad a los inhibidores de proteasas es variable [2]. El tratamiento debe iniciarse con CD4 inferiores a 500 ml y/o manifestaciones de inmunodepresión.

El aumento creciente de la inmigración africana en nuestro medio nos debe alertar en la búsqueda del diagnóstico de infección por el VIH-2 tanto en los pacientes como en sus parejas sexuales, teniendo en cuenta la posibilidad de formas de presentación y evolución de la enfermedad diferentes a las acostumbradas para el VIH-1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carballo E, Aguilera A, Regueiro B, Barrio E. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 en dos marineros del noroeste de España. Med Clin 1994;102:101-3.
2. Machuca A, Gutiérrez M, Holguín A, Camba M, Belda J, Soriano V. Siete casos nuevos de infección por VIH-2 reconocidos en Madrid en 1996 y 1997. Rev Clin Esp 1998;660-4.
3. Holguín A, Soriano V. ¿Cuántos VIH existen? Med Clin 1998;110:657-61.
4. Evans BG, Gill ON, Gleave SR, Mortimer PP, Parry JV. HIV-2 in the United Kingdom - a review CDR (Lond Engl Rev) 1991;1(2):R19-23.
5. Soriano V, Gutiérrez M, Caballero E, Aguilera A, Cilla G, López I y Grupo Español para el Estudio del VIH-2. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH 2) en España: análisis de los primeros 50 casos. Med Clin 1995;105:241-5.
6. Mansinho K. Human inmunodeficiency virus type 2 infection. Acta Med Port 1999;12:367-70.
7. Van der Ende ME, Schutten M, Ly TD, Gruters RA, Osterhaus AD. HIV-2 infection in 12 european residents: virus characteristics and disease progression. AIDS 1996;10:1649-55.
8. Yamaguchi J, Devare S, Brannan C. Identification of a new HIV-2 subtype based on phylogenetic analysis fo full-length genomic sequence. AIDS Res Hum Retroviruses 2000;16:925-30.
9. Soriano V, Gomes P, Heneine W, Holguin A, Doruana M, Antunes R, et al. Hunab immunodeficiency virus type 2 (HIV-2) in Portugal: clinical spectrum, circulating subtypes, virus isolation and plasma viral load. J Med virl 2000;61:111-6.
10. Grant AD, Djomand G, de Cock KM. Natural history and spectrum of disease in adults with HIV/AIDS 1997;11:S43-54.

B. Romera, L. Micó, J. Lacruz[a] y C. Tuset[b]

Servicio de Medicina Interna y [a] Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia. [b] Servicio de Bacteriología. Hospital General Universitario. Valencia.