



Doctor

ALVARO RODRÍGUEZ GAMA

Editor

Revista de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad**✠ 31-07-96**

Con el ánimo de participar activamente en la controversia sobre el SIDA a través de su prestigiosa publicación, presento a consideración otro ensayo sobre un aspecto más específico del debate.

¿ES VIRAL LA EPIDEMIA DE SIDA?

Es de aceptación mayoritaria que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) destruyendo directamente los linfocitos portadores del receptor CD4, y generando una situación de indefensión inmunológica que favorece la aparición de diversas patologías infecciosas y neoplásicas. Según esta definición, los pacientes que presenten otra causa comprobada de inmunodeficiencia no deberían ser clasificados como SIDA. Incluso el Centro de Control de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recogido esta salvedad (1-4).

Por lo tanto, una persona drogadicta crónica, quien está sometida a diversos agentes inmunosupresores, no cumpliría la definición de SIDA. Desde 1909 se ha acumulado evidencia de que el consumo crónico de drogas sicoactivas conduce a la supresión inmunitaria y anomalías clínicas similares al SIDA, incluyendo

linfopenia, linfadenopatía, fiebre, pérdida de peso, septicemia, susceptibilidad incrementada a las infecciones y profundos desórdenes neurológicos (5). Cuando se pudo medir la relación de linfocitos T, a principios de la década de los años 1980, se informó una proporción de células CD4/CD8 inferior a 1 en adictos quienes habían consumido drogas por un promedio de 10 años (6). En niños nacidos de madres adictas a la cocaína y otras drogas sicoactivas, se observan alteraciones psicológicas y neurológicas, incluyendo retardo mental (7).

Las drogas intravenosas pueden ser tóxicas directa e indirectamente. La toxicidad indirecta es debida a la mala nutrición o a una infección adquirida, pues las drogas ilícitas no son estériles. Por eso típicamente los drogadictos crónicos presentan neumonía, tuberculosis, endocarditis y otras infecciones (8). La toxicidad directa se explica por la capacidad oxidante de las drogas sicoactivas que alteran los grupos sulfidrilos de las membranas celulares y su estado de óxido-reducción (9).

Los pacientes hemofílicos también están sometidos a sustancias inmunosupresoras no virales: distintos estudios controlados muestran que la transfusión por largo tiempo de proteínas externas causa inmunosupresión, en hemofílicos seropositivos y seronegativos (10).

Antes de la era del SIDA, un estudio multicéntrico investigó el estado inmunitario de 1551 hemofílicos tratados con Factor VIII, informando linfocitopenia en el 9,3% y trombocitopenia en el 5% de los pacientes (11). Las enfermedades asociadas al SIDA se encontraron en hemofílicos en un estudio entre 1968 y 1979 (12). Algunos estudios muestran que las impurezas proteicas del Factor VIII son directamente inmuno-supresoras. En un período de dos años, los linfocitos T de hemofílicos seropositivos tratados con Factor VIII no purificado declinaron dos veces, mientras que en controles seropositivos tratados con factor VIII purificado, permanecieron constantes (13). En otro estudio, un grupo fue tratado con Factor VIII purificado; el otro grupo, con Factor VIII convencional (que contiene contaminantes proteicos). Al inicio, en ambos grupos se encontró que el 10% de sus miembros poseían menos de 200 linfocitos CD4+/mm³. Sin embargo, 36 meses después, en el grupo que recibió el Factor VIII purificado, se estableció que el 10% de sus miembros mantenían el mismo número de linfocitos CD4+, mientras que en el grupo que recibió Factor VIII convencional, el 47% de sus miembros presentaron menos de 200 linfocitos CD4+/mm³.

En el grupo de riesgo de los homosexuales también se identifican factores que producen sintomatología

agrupada actualmente bajo la sigla de SIDA. Por lo tanto, ellos tampoco deberían ser clasificados como SIDA. En los homosexuales es frecuente el consumo de estimulantes sexuales tóxicos, que incluyen inhalantes de nitratos, cocaína, anfetaminas, metacualona, ácido lisérgico y fenilciclidina, entre otros (5). Particularmente los nitratos.

REFERENCIAS

1. CDC. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) - United States. MMWR 1982; 31:507-514.
2. CDC. Revisión of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. JAMA 1987; 58:1143-1154.
3. CDC. Revised Classification System for HIV infection and Expanded Surveillance. Case Definition Among Adolescents and Adults. MMVR 1993; 41:1-19.
4. WHO. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) 1987 Revision of WHO/ CDC case definition for AIDS. Wkly Epidem Rec 1988; 63:1-8.
5. Duesberg, P. Duesberg on AIDS causation: The culprit is noncontagious risk factors. The Scientist 1995; March 20.
6. Layon J, Idris A, et al. Altered T-lymphocyte subsets in hospitalized intravenous drug abuser. Arch Inter Med. 1984;144:1376-1380.
7. Luca-Moretti M. Specific Behavioral factors among intravenous drug users have been shown to influence HIV conversion. J Inter Med Healt Ass 1992;1:1-9.
8. Duesberg, P. AIDS acquired by drug consumption and other noncontagious risk factors. Pharmac, Ther. 1992;55:201-77.
9. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, et al. A critical analysis of the HIV-T4-cell-

AIDS hypothesis. Genética 1995;95:5-24.

10. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, et al. Factor VIII, HIV and AIDS in hemophiliacs: an analysis of their relationship. Genetica 1995;95:25-50, 1995.
11. Eyster ME, Whitehurst DA, et al. Long-term follow-up of hemophiliacs with lymphocytopenia or thrombo-cytopenia. Blood 1985;66:1317-1320.
12. Johnson RE, Lawrence DN, et al. (1985). Acquired immunodeficiency syndrome among patients attending hemophilia treatment centers and mortality experience of hemophiliacs in the United States. Am J Epidemiol. 121:797-810.
13. De Biasi, R. Rocino A, et al. The impact of a very high purity of Factor VIII concentrate on the immune system of HIV-infected hemophiliacs: a randomized, prospective, two-year comparison with an intermediate purity concentrate. Blood 1991;78: 1919-22.
14. Seremetis SV, Aledort LM, et al. Three-year randomized study of highpurity or intermediate-purity factor VIII concentrates in symptom-free HIV-seropositive hemophiliacs: effects on immune status Lancet. 1993 342(8873): 700-3.
15. Haverkos HW. Nitrite inhalant abuse and AIDS-related Kaposi's sarcoma. JAIDS 3 (Suppl.1):S47-S50.
16. Quinn TC, Piot P, McCormick JB, et al. Serologic and immunologic studies in patients with AIDS in North America and Africa: Teh potential role infectius agents as cofactors in HIV infection. J Am Med Ass. 1987;257:2617-2621.
17. Baumann E. AIDS Proposal. Science 1994;267:945-6.

**HELMAN SABDI ALFONSO, MD.
MSc.**

✠ 8-11-96

Ante todo quisiera felicitarlo por su excelente labor.

Por medio de la presente quisiera sugerirle que en próximos números de nuestra revista y cuando aparezcan referidos nombres de bacterias, hongos y otros microorganismos se respetarán las normas de nomenclatura internacional.

En el artículo titulado Endocarditis infecciosa en edad pediátrica en el Hospital de la Misericordia de Bogotá, Volumen 44 Página No. 122-126, aparecen referidos los gérmenes como: Estafilococo aureus, Estafilococo epidermidis, Klebsiella neumonie y Estafilococo viridans.

Los gérmenes deben ser escritos en letra cursiva, género inicia con mayúscula, especie en minúscula vrg: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* etc. La nomenclatura de los agentes infecciosos no tiene versiones en el idioma español sino que responden a lo asignado por comités internacionales de Taxonomía.

Cordialmente,

**MANUEL VARGAS CORDOBA
Director. Departamento
Microbiología y Parasitología
Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia.**