

# Manifestaciones hepato-biliares del SIDA

Javier Brahm\*

El hígado puede estar frecuentemente comprometido por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tanto durante el período de la primoinfección, como en la etapa avanzada de la enfermedad. El compromiso puede ser del parénquima hepático o del tracto biliar.

La principal causa de ictericia en enfermos con SIDA es intrahepática, y dentro de éstas, especialmente por el uso de múltiples medicamentos (Sulfas, Ketoconazol, HIN, Rifampicina, entre otros), alcohol, compromiso infeccioso y eventualmente tumoral. Mucho menos frecuente son las causas

de ictericia extrahepática, como las neoplasias, tuberculosis y litiasis.

En un estudio de biopsias hepáticas en enfermos con SIDA efectuado hace algunos años, se pudo ver que los principales hallazgos fueron esteatosis, seguido por inflamación portal, congestión y granulomas. En relación a las patologías específicas, en un porcentaje importante había infecciones por el mycobacterium, citomegalovirus y otros agentes infecciosos.

Por otra parte, el hígado ocasionalmente puede comprometerse en el momento de la presentación de la infección con el VIH, fundamentalmente debido a la invasión directa del VIH de las células de Kupfer y/o por esteatosis inducida por la estimulación de linfoquinas.

En relación a la enfermedad del tracto biliar del SIDA, en el 45% de los casos se debe a una enfermedad no relacionada y en el 5% a colecistitis acalculosa. En la otra mitad de los casos, estos enfermos pueden tener lo que se ha denominado la colangiopatía asociada al SIDA.

La colecistitis acalculosa ya fue descrita en el año 84 inicialmente atribuida a infección con citomegalovi-

*Trabajo presentado en el  
XII Congreso Peruano  
de Endoscopia  
Digestiva. Septiembre  
18-22, 200 13-15.  
\*Hospital Clínico  
Universidad de Chile*

rus o Criptococos entre otros gérmenes. Es una enfermedad poco frecuente, y se presenta con dolor en el hipocondrio derecho asociado con frecuente historia de diarrea y cifras de CD4 bajo 100/mm<sup>3</sup>.

La colangiopatía asociada al SIDA, ha sido un cuadro cada vez más reconocido y definido en estos pacientes. Su Prevalencia e incidencia son desconocidas y en su patogenia influyen factores infecciosos neoplásicos y eventualmente enfermedad pancreática. Las primeras evidencias de compromiso del tracto biliar en el SIDA fueron descritas en el año 86, pero sin embargo, fueron los trabajos de Cello los que lograron definir propiamente esta enfermedad. Dentro de su etiología se encuentra la infección del epitelio ductular con el VIH y por múltiples patógenos (citomegalovirus criptococos).

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal, fiebre, colangitis, diarrea y frecuentes alteraciones de las pruebas hepáticas, presentándose ictericia solo en el 0 a 75% de los casos. En relación al diagnóstico, lo más importante es la sospecha clínica y la alteración de las pruebas hepáticas, fundamentalmente por elevación de las fosfatasas alcalinas, habitualmente en pacientes con CD4 menores de 100/mm<sup>3</sup>.

La colangiografía endoscópica retrógrada en la colangiopatía del SIDA es un elemento diagnóstico fundamental, que además sirve para el estudio del aspirado biliar, biopsia de la vía biliar y por otra parte puede ser terapéutica, al efectuar esfinterotomía y colocación de prótesis en la vía biliar.

De acuerdo a los criterios de Cello, esta enfermedad se clasifica en 4 tipos: estenosis papilar (tipo 1), colangitis esclerosante (tipo 2), estenosis papilar con colangitis esclerosante (tipo 3) y estrechamiento extenso de conducto extrahepático (tipo 4).

La forma de presentación más frecuente es la estenosis papilar con colangitis esclerosante, seguido por la estenosis papilar aislada, colangitis esclerosante y finalmente con obstrucciones del conducto biliar.

Cuando un paciente con SIDA tiene compromiso del tracto biliar, generalmente refleja una enfermedad de base severa y por lo tanto, su pronóstico es reservado.

En relación al tratamiento, debe intentarse tratar la causa infecciosa, si esto es posible. Por otra parte, la utilización de la colangiografía retrógrada con fines terapéuticos a través de la esfinterotomía y colocación de un Stent, ha logrado alivio del dolor entre el 32 y 85% de los casos.