

Dolor en VIH/SIDA: Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez,* Dra. Claudia Gutiérrez-Salmerón,** Dr. Uriah Guevara-López,*,**
Dr. José A Betancourt-Sandoval****,*

- * Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- ** «Skin Center de México», Fundación Médica Sur.
- *** Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) «Dr. Victorio de la Fuente Narváez», Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **** Clínica del Dolor, Hospital General de Culiacán «Dr. Bernardo J. Gastelum».
- ***** Departamento de Anestesiología, Hospital Civil de Culiacán.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez
Vasco de Quiroga Núm. 15,
Colonia Sección XVI,
Tlalpan, 14000, México, Distrito Federal.
Teléfono: (+5255) 54870900 Ext: 5008
E-mail: alfredocov@yahoo.com

Recibido para publicación: 12-06-08

Aceptado para publicación: 26-08-08

RESUMEN

Se estima que el 0.6% de la población mundial padece VIH/SIDA (VIH, virus de la inmunodeficiencia humana. SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida). En México, se calcula que esta enfermedad afecta al 0.3% de la población adulta. En estos pacientes, el dolor es un síntoma frecuentemente observado y su prevalencia es del 30 al 90%. El tratamiento del dolor en estos enfermos tiene consideraciones específicas; ya que las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad, condicionan una amplia gama de síndromes dolorosos. No obstante a que la «escalera analgésica propuesta por la OMS» ha sido considerada una herramienta útil en el abordaje analgésico, una elevada proporción de pacientes, recibe una analgesia deficiente. El presente trabajo, presenta un caso clínico acerca de una manifestación dolorosa atípica de la enfermedad y una revisión bibliográfica sobre el dolor en el enfermo con VIH/SIDA.

Palabras clave: Dolor, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, neuritis herpética.

SUMMARY

It is estimated that the 0.6% of the world population suffers from HIV/AIDS (HIV; virus of human immunodeficiency; AIDS, acquired immunodeficiency syndrome). In Mexico, it is estimated that 0.3% of the adult population is affected by this disease. In AIDS patients, pain is one of the most commonly observed symptoms and its prevalence ranges from the 30% to the 90%. Pain treatment in these patients presents specific considerations, since the multiple clinical manifestations of the disease condition a wide range of painful syndromes. Despite the fact that the «analgesic stair proposed by the WHO» has been regarded as a useful tool for the analgesic approach, a high percentage of patients receives a deficient analgesia. The present article presents a clinical case about an atypical painful manifestation of the disease and a literature review about pain in HIV/AIDS patients.

Key words: Pain, acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, herpetic neuritis.

1. CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre en la cuarta década de la vida. Tiene antecedentes de toxicomanías (alcoholismo ocasional, índice tabáquico de 7.5 paquetes/años, y consumo de cannabis ocasional). Historia de infección por virus de la immuno-

deficiencia humana (VIH) diagnosticado hace 6 años (estadio B2) con infecciones recurrentes de herpes zoster localizado en región torácica actualmente en remisión y sin datos de neuralgia postherpética asociada en dicha zona.

Presenta dolor agudo localizado en hemicara izquierda con irradiación a región del nervio trigémino (V) en sus

ramas V1, V2 y V3. El dolor es continuo y fluctuante, de moderado a severo en intensidad, y mediante la escala visual análoga (EVA) refiere una intensidad promedio de 5 con una intensidad máxima de 10. Describe su dolor como ardoroso y quemante, acompañado de disestesias y sensación de «descarga eléctrica».

A la exploración física, presenta una dermatosis localizada a cabeza que afecta a la hemicara izquierda en toda su superficie. Las lesiones observadas se caracterizan por una

placa eritematoescamosa con descamación fina, con edema, mal definida, de bordes irregulares, y con cicatrices atróficas en su base. Aunado a lo anterior, se encuentra ptosis palpebral con epífora (Figura 1). A la palpación de la región afectada se presenta alodinia circunscrita a las zonas de V1 y V2, con hiperalgesia en V3 e hipoestesia en dorso de la nariz. Presenta ganglios correspondientes a la cadena cervical. Resto de la exploración sin alteraciones aparentes.

2. INTRODUCCIÓN

Se estima que el 0.6% de la población mundial (39.5 millones de personas) padece VIH/SIDA (SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida); reportándose que el 70% de los casos, vive en el África Sub-Sahariana⁽¹⁾. En México, se ha documentado que esta enfermedad, afecta al 0.3% de la población adulta; estimando que tres de cada mil habitantes, presentan dicha infección (Figura 2)⁽²⁾.

El dolor, es uno de los síntomas más frecuentemente observado en el enfermo con VIH/SIDA. Se ha reportado que su prevalencia se encuentra en un rango del 30 al 90%, y su frecuencia se incrementa conforme avanza la enfermedad⁽³⁾. No obstante a la frecuencia de los síndromes dolorosos en estos enfermos, carecemos de estudios nacionales de corte epidemiológico que caractericen el dolor de estos enfermos.

3. SÍNDROMES DOLOROSOS EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA

El dolor en el enfermo con VIH/SIDA, puede ser clasificado de la siguiente forma: (i) relacionado a la enfermedad, (ii)



Figura 1. La figura muestra a un hombre de la cuarta década que presenta una dermatosis localizada a cabeza que afecta a la hemicara izquierda en toda su superficie. Las lesiones observadas se caracterizan por una placa eritematoescamosa con descamación fina, con edema, mal definida, de bordes irregulares, y con cicatrices atróficas en su base. Aunado a lo anterior se encuentra ptosis palpebral con epífora.

Casos de VIH/SIDA diagnosticados por año en México de 1983 al 2006.

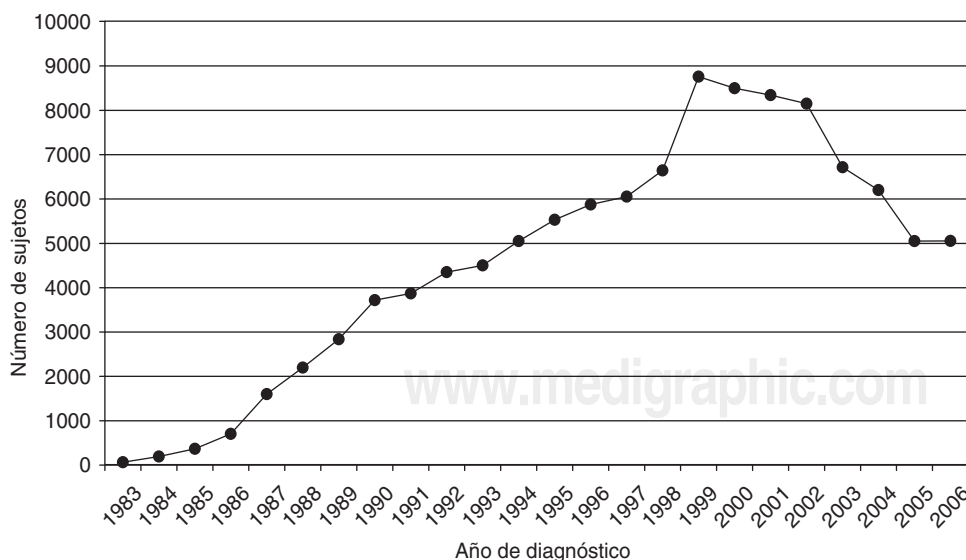


Figura 2. La figura muestra el número de casos de VIH/SIDA diagnosticados por año en México de 1983 al 2006. El promedio de casos diagnosticados por año es de 4,597 (DS: 2701). Fuente: CONASIDA, Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, 2006 (Referencia 2).

relacionado con la terapéutica, y (iii) no-relacionado con la enfermedad o la terapéutica (Cuadro I)^{4,5}. Esta clasificación, sugiere la multi-causalidad del dolor en estos enfermos; de igual forma, plantea que el reporte del síndrome doloroso, presenta una amplia gama de características (Cuadro II).

La diversidad de los síndromes dolorosos en el enfermo con VIH/SIDA y sus múltiples manifestaciones clínicas, constituyen un reto de diagnóstico para el clínico. Más aún, la presencia de dolor, puede ser el signo cardinal de múltiples enfermedades o complicaciones asociadas. Por ello, la evaluación clínica de estos enfermos debe ser cuidadosa.

Aunado a lo anterior, se debe considerar que el desarrollo de nuevos esquemas terapéuticos, ha modificado la sobrevivencia de estos enfermos y posiblemente la frecuencia de los síndromes dolorosos. En este sentido, se ha identificado que el dolor abdominal y el neurogénico son los más frecuentes⁽⁶⁾; por ello, es posible que estos casos se observen con mayor frecuencia en las clínicas del dolor, los servicios de urgencias, etc.

Por otro lado, el dolor en el paciente con VIH/SIDA, es más intenso en las mujeres que en los hombres⁽⁴⁾. Esto posiblemente se debe a las siguientes causas: (i) La analgesia comparativa por género, en la población africana, desfavorece a las mujeres que padecen esta enfermedad⁽⁵⁾. (ii) Diversas enfermedades asociadas a la enfermedad (enfermedades oportunistas o cáncer) se manifiestan como dolor ginecológico⁽⁴⁾. Esta serie de elementos, sugieren que estas diferencias de género, deben ser consideradas en la planeación del abordaje analgésico.

Otro grupo que requiere especial atención es la población pediátrica. En este grupo, las condiciones dolorosas observadas con mayor frecuencia, son las siguientes: (i) meningitis, (ii) sinusitis, (iii) otitis media, (iv) celulitis, (v) abscesos, (vi) rubéola, (vii) dermatitis severa por *Candida*, (viii) caries dental, (ix) infecciones intestinales refractarias, (x) hepatoesplenomegalia, (xi) mucositis por *Candida*, y (xii) espasticidad asociada a encefalitis⁽⁴⁾.

Cuadro I. Síndromes dolorosos en el enfermo con VIH/SIDA.

1. Relacionado a la enfermedad (VIH/SIDA) (aprox. 45% de los casos)*
Neuropatía por VIH
Dolor neurogénico secundario a otras etiologías (no terapéuticas)
Mielopatía por VIH
Cefalea
Dolor abdominal
Dolor torácico
Sarcoma de Kaposi (localizado en piel o extendido a órganos o con infiltración musculoesquelética)
Infecciones secundarias (mielitis, encefalitis, intestinales, piel, mucositis, etc.)
Organomegalia
Dolor en regiones ginecológicas
Dolor ano-rectal
Artritis/vasculitis
Miopatía/miositis
Otros
2. Relacionado con la terapéutica (aprox. 15 a 30% de los casos)*
Antivirales y antirretrovirales
Antimicobacteriales
Quimioterapia (Vincristina)
Radiación
Cirugía
Procedimientos invasivos (broncoscopías, endoscopías, biopsias, etc.)
Otros
3. No-relacionado con la enfermedad, la terapéutica o el SIDA (aprox. 25 a 40% de los casos)*
Discopatías
Polineuropatía diabética dolorosa
Otros

Abreviaciones: VIH, virus de la inmunodeficiencia humana. SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Modificado de: Breitbart W. Pain in HIV disease. En: Bonica's Management of Pain. Loeser JD (ed). Philadelphia. USA. 2001.(*) Información extraída de: Hewitt D, McDonald M, Portenoy R, et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. Pain. 1996;65:117-123.

3.1. El síndrome doloroso abdominal en el enfermo con VIH/SIDA

El dolor abdominal se presenta del 12 al 25% de los casos⁽⁴⁾. El incremento en su frecuencia, se asocia al aumento en la prevalencia de la infección por VIH⁽⁷⁾. En su etiología destacan: (i) causas infecciosas, (ii) linfoma, (iii) sarcoma de Kaposi y (iv) otras causas⁽⁴⁾.

Cuadro II. Tipo de dolor en el enfermo con VIH/SIDA.

Tipo de dolor	Porcentaje
Dolor neurogénico	19
Dolor somático	45
Dolor visceral	15
Cefalea	17
Idiopático	4

Información correspondiente a 151 enfermos con VIH/SIDA. La cefalea se clasificó aparte debido a controversias respecto a su fisiopatología. Información extraída de: Hewitt D, McDonald M, Portenoy R, et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. Pain 1996;65:117-123.

Entre las infecciones oportunistas asociadas al dolor abdominal se encuentran las siguientes: (i) criptosporidiosis, (ii) shigelosis, (iii) salmonelosis, (iv) enteritis por *Campylobacter*, (v) ileitis por *Citomegalovirus* (CMV), e (vi) infecciones por micobacterias^(4,5). Otras causas de dolor abdominal en estos enfermos, incluyen: (i) organomegalia, (ii) íleo, (iii) peritonitis espontánea aséptica, (iv) choque tóxico, (v) herpes zoster, y (vi) síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (perihepatitis asociada a infección tubaria por gonococos o clamidias)⁽⁴⁾.

3.2. El dolor neurogénico en el enfermo con VIH/SIDA

El dolor neurogénico, en los enfermos con VIH/SIDA, tiene una elevada prevalencia (Cuadro III)⁽⁸⁾. Se estima que este tipo de dolor, se presenta en 40% de estos pacientes. En este sentido, una amplia variedad de neuropatías han sido documentadas los enfermos con VIH/SIDA, las más frecuentemente observadas, son la polineuropatías periféricas⁽⁴⁾. Se estima que la polineuropatía afecta al 50% de los casos⁽⁹⁾, y se ha identificado que la polineuropatía sensorial simétrica distal (PSSD) es la más frecuente⁽¹⁰⁾.

La PSSD afecta a cerca del 30% de las personas con VIH/SIDA, y se puede observar en etapas tempranas⁽⁴⁾ y tardías

Cuadro III. Neuropatías observadas en VIH/SIDA.

1. Polineuropatía sensorial simétrica distal (PSSD) asociada a VIH/SIDA
2. Neuropatías medidas por inmunidad
Polineuropatías inflamatorias desmielinizantes
Neuropatías agudas (Síndrome de Guillain-Barré)
Neuropatías crónicas (polineuropatía crónica inflamatoria desmielinizante)
Otras
3. Neuropatías infecciosas
Polirradiculopatía por CMV
Mononeuropatía múltiple por CMV
Herpes zoster
Neuropatías por micobacterias
Otras
4. Neuropatías tóxicas y nutricionales
Polineuropatía alcohólica
Polineuropatía por deficiencia de vitamina B (B6, B12)
Otras neuropatías nutricionales
Polineuropatía asociada a antivirales (foscarnet, etc.)
Polineuropatía asociada a antirretrovirales (didanosina, zalcitabina, stavudina, etc.)
Neuropatía asociada a fármacos profilácticos (dapsona, metronidazol, rifampicina, etc.)
Neuropatía asociada a fármacos antineoplásicos (vincristina, vinblastina, etc.)
Otras neuropatías tóxicas
5. Neuropatías asociadas a otras condiciones médicas
Polineuropatía diabética
Neuralgia postherpética
6. Otras neuropatías

Abreviaciones: CMV, citomegalovirus. Información extraída y modificada de: Breitbart W. Pain in HIV disease. In: Bonica's Management of Pain. Loeser JD (ed). Philadelphia. USA. 2001.

de la enfermedad⁽¹⁰⁾. Este tipo de neuropatía, se ha asociado a la infección por VIH, al consumo de alcohol y la terapia antirretroviral⁽¹¹⁾. La PSSD primaria, se manifiesta por dolor neuropático localizado en la región plantar y parestesias localizada en el dorso del pie⁽⁴⁾. Así mismo, no obstante a que la enfermedad progrese, esta afección de circunscribe a la región de los pies⁽⁴⁾.

3.3. Dolor de origen reumatológico en el enfermo con VIH/SIDA

El 50% de los enfermos con VIH/SIDA pueden presentar dolor de origen reumatológico⁽⁴⁾. Este tipo de dolor se observa en etapas avanzadas de la enfermedad⁽¹²⁾, y se caracterizan por la presencia de: (i) artritis, (ii) artropatías, (iii) artalgias, (iv) miopatías, (v) mialgias, (vi) miositis, (vii) entre otros⁽⁴⁾.

Entre los síndromes reumatológicos más frecuentemente observados destacan: (i) mono o poliartralgias, (ii) síndrome de Reiter, (iii) artritis psoriática, (iv) vasculitis⁽¹²⁾. Las artropatías y la inmovilidad en este tipo de pacientes son una eventualidad común y su presencia se ha asociado a un decremento psicomotor⁽¹¹⁾.

3.4. Manifestaciones cutáneas que cursan con dolor en VIH/SIDA

Las lesiones mucocutáneas, en el enfermo con VIH/SIDA, se presentan del 69 al 82% de los casos^(14,15). Es posible que la prevalencia de estas lesiones se incremente conforme progresa la enfermedad. Las dermatosis más frecuentemente observadas son: (i) dermatosis inflamatorias (erupción prurítica papular, dermatitis seborreica, xerodermia, etc.), (ii) dermatosis infecciosas (infecciones por hongos, infecciones por virus, furunculosis, foliculitis recurrente, candidiasis oral, etc.), (iii) tumores (sarcoma de Kaposi, etc.), y (iv) dermatosis asociadas al tratamiento (farmacodermatitis, pelo distrófico, etc.)^(15,16).

Entre las lesiones mucocutáneas generadoras de dolor, se encuentran las siguientes: (i) El herpes simple y el herpes zoster^(17,18). (ii) Las infecciones micóticas que cursan con fisuración (ej.: dermatofitosis, candidiasis) y limitan la deglución (ej.: candidiasis). (iii) Las dermatosis con riesgo de sobreinfección (ej.: Sarcoma de Kaposi). (iv) La mucositis secundaria a procesos infecciosos locales (ej.: *Candida*, virus del herpes simple y CMV); en estos casos, la presencia de esofagitis puede cursar con odinofagia⁽¹⁸⁾.

La cuenta de linfocitos CD4 y las manifestaciones mucocutáneas, en el enfermo con VIH/SIDA, presentan una asociación directamente proporcional^(14,19). Por lo que una disminución en su número, puede relacionarse con el incremento en la prevalencia de infecciones mucocutáneas.

Por lo anterior, se sugiere realizar un estudio histopatológico a fin de corroborar el diagnóstico y la asociación con el SIDA⁽¹⁹⁾.

3.5. Otras causas de dolor en el enfermo con VIH/SIDA

3.5.1. Cefalea

La cefalea, en estos enfermos, es un reporte común. La prevalencia de este síndrome doloroso es del 40 al 50%, y se observa particularmente en etapas tardías de la enfermedad⁽⁴⁾. Cabe destacar que la evaluación de este síntoma puede representar un reto para el clínico, ya que su presencia, puede ser la manifestación de un problema psicoafectivo o de una condición que ponga en peligro la vida del paciente (neuroinfecciones, neoplasias, etc.)⁽²⁰⁾.

3.5.2. Dolor esofágico

Aproximadamente un tercio de los pacientes con VIH/SIDA experimentan síntomas esofágicos como disfagia y odinofagia. Se ha reportado que la causa más frecuente de dolor esofágico es la infección por *Candida*; esta infección micótica, ocurre en el 75% de los pacientes, y condiciona el desarrollo de mucositis (oral o esofágica)^(4,18).

Otros patógenos capaces de producir dolor esofágico, son los siguientes: (i) CMV, (ii) herpes simple, (iii) virus de Epstein-Barr, (iv) micobacterias, (v) criptosporidiasis, (vi) *Pneumocystis carinii*⁴. Por otro lado, cabe destacar que la infiltración neoplásica del linfoma y del sarcoma de Kaposi; con frecuencia, se asocian al dolor en esta región^(21,22).

3.5.3. Dolor ano-rectal.

Este tipo de dolor se observa en cerca de un tercio de los hombres homosexuales con VIH/SIDA. En estos enfermos, las causas infecciosas son las más comunes, destacando: (i) abscesos peri-rectales, (ii) proctitis por CMV, (iii) fisuras y fístulas anales, e (v) infecciones por herpes virus^(4,23). Del mismo modo, una proporción de los pacientes con VIH/SIDA, pueden presentar neoplasias localizadas en esta región (ej.: Sarcoma de Kaposi, linfoma no-Hodgkin)^(24,25).

3.5.4. Dolor en el enfermo con VIH/SIDA y secundario a enfermedades concomitantes

Del 25 al 40% de los enfermos con VIH/SIDA presentan dolor que no se asocia a la enfermedad, a la terapéutica o al SIDA. Los más frecuentes son: (a) polineuropatía diabética dolorosa y (b) discopatías vertebrales⁽⁴⁾.

3.5.5. Dolor asociado a la terapéutica para el control del VIH/SIDA

Se ha identificado que el dolor asociado al tratamiento del VIH/SIDA se presenta del 15 al 30% de los casos. Entre los abordajes capaces de producir una sintomatología dolorosa se encuentran: (a) terapia antiviral y antirretroviral, (b) antibióticos profilácticos, (c) quimioterapia y radioterapia, (d) intervenciones quirúrgicas, y (e) relacionado a procedimientos invasivos⁽⁴⁾.

4. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN EL ENFERMO CON VIH/SIDA

La prevalencia del dolor en los enfermos con VIH/SIDA es del 88%. El 69% de estos pacientes, consideran su dolor como moderado a severo en intensidad. En la tabla 4, se describen los sitios de localización del dolor más frecuentes^(26,27).

Frich y Borgbjerg (2002), identificaron que el número de localizaciones del dolor, se incrementa significativamente a medida que disminuye la sobrevida. De igual forma, caracterizaron que la sobrevida de los pacientes sin dolor era mayor que en los pacientes con dolor⁽²⁶⁾.

5. DROGAS, DOLOR Y VIH/SIDA

La farmacodependencia en el enfermo con VIH es un factor que favorece un incremento en la intensidad del dolor⁽²⁸⁾. Así mismo, se ha identificado que la farmacodependencia modifica la causalidad del dolor en estos enfermos. News-han y colaboradores (2003), caracterizaron que en el enfermo farmacodependiente el dolor se asocia a esofagitis y cefalea; mientras que, en el no-farmacodependiente se asocia a sarcoma de Kaposi⁽⁶⁾.

Cuadro IV. Localización del dolor en el enfermo con VIH/SIDA.

Localización	%
Extremidades	49*,**
Cabeza	33*,**
Boca	50**
Faringe	40**
Tórax	17**
Tracto gastrointestinal superior	23*
Tracto gastrointestinal inferior	22*

Información extraída de: *, Frich LM, Borgbjerg FM. Pain and pain treatment in AIDS patients: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage.* 2000; 19: 339-347; N = 95 pacientes ambulatorios con VIH/SIDA. **, Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. *S Afr Med J.* 2004; 94: 450-454; N = 103 pacientes con VIH/SIDA

Los elementos que expliquen el incremento del dolor en los enfermos farmacodependientes aún no han sido bien caracterizados. Sin embargo, los pacientes con adicción a opioides, alcohol, cocaína u otras drogas, experimentan frecuentemente una alternancia entre un estado de intoxicación y uno de abstinencia. Esto condiciona cambios intermitentes en el tono muscular y en la actividad simpática que facilitan la presencia de diversos tipos de dolor⁽²⁹⁾.

No obstante a lo anterior, el reporte de la prevalencia, intensidad y disfuncionalidad ocasionada por dolor, no es diferente en el enfermo con SIDA con/sin farmacodependencia⁽³⁾. Lo que sugiere que las diferencias anteriormente citadas; al parecer, no producen cambios relevantes en el curso clínico de estos enfermos. Pese a ello, se ha identificado que los enfermos farmacodependientes, reciben una analgesia insuficiente, reportan menor alivio del dolor y un mayor estrés psicológico⁽³⁾.

6. MANEJO DEL DOLOR EN EL ENFERMO CON VIH/SIDA

6.1. Evaluación y abordaje del dolor en el enfermo con VIH/SIDA

La «escalera analgésica de la OMS», se ha considerado como un abordaje válido en el manejo del dolor en el enfermo con SIDA⁽⁷⁾; sugiriéndose: (i) realizar una historia clínica acuciosa, (ii) realizar una exploración física detallada, (iii) localizar y caracterizar el dolor, (iv) identificar y tratar el dolor por su etiología, (v) evaluar el estado psicoafectivo del enfermo, (vi) usar fármacos apropiados a dosis adecuadas y (vii) consultar especialistas en dolor⁽³⁾ (Figura 3).

6.2. Medidas terapéuticas utilizadas en el tratamiento del dolor

A diferencia del dolor por cáncer, en el enfermo con VIH/SIDA, además del tratamiento de la infección por VIH y del manejo de las complicaciones asociadas a la inmunodeficiencia; el dolor presenta elementos específicos y su control debe ser considerado una prioridad. Esto se debe a que su presencia, favorece el aumento en la morbilidad psicoafectiva y funcional de este grupo de pacientes⁽³⁰⁾.

El control del dolor en estos enfermos debe tener en cuenta su etiología; esto se debe a que una estrategia fundamental para este propósito, es el tratamiento de la causa (se debe recordar que las causas infecciosas son las más frecuentes). Aunado a lo anterior, se debe identificar el tipo del dolor; esto se debe, a que cada uno de ellos requiere un enfoque terapéutico específico (se debe recordar que el dolor neurogénico es el más frecuente). Una vez resuelto lo anterior y

tomando en consideración a la «*escalera analgésica de la OMS*», la selección del esquema terapéutico resultará una tarea sencilla⁽³¹⁾.

Se ha considerado que el manejo óptimo del dolor en el enfermo con VIH/SIDA, debe ser multimodal. Dado el sin número de síndromes dolorosos en este tipo de enfermos, sería inadecuado encasillar en un solo esquema las diversas propuestas analgésicas. Sin embargo, entre los abordajes sugeridos se encuentran: (i) farmacológico, (ii) no-farmacológico, (iii) intervencionista, (iv) psicoterapéutico, (v) técnicas cognitivo-conductuales, (vi) rehabilitación y (vii) quirúrgico^(4,31,32).

Se han documentado diversos fármacos utilizados en el tratamiento del dolor de estos enfermos. En este sentido, Holzemer y colaboradores (1998) en un estudio realizado en 249 pacientes, identificaron que los medicamentos más comúnmente utilizados con este propósito son: (i) analgésicos opioides (49%), (ii) analgésicos no-opioides (47%) y (iii) antidepresivos (22%)⁽³³⁾.

En enfermos farmacodependientes con frecuencia se observa un fenómeno farmacológico normal denominado «tolerancia»; por ello, el requerimiento de analgésicos del grupo opioide es mayor en este grupo poblacional. No obstante a que se ha reportado que la administración de morfina de liberación inmediata, disminuye la intensidad del dolor en un 50% en enfermos con VIH/SIDA con/sin historia de abuso de sustancias y que en los pacientes con historia de abuso de sustancias se requirieren dosis mayo-

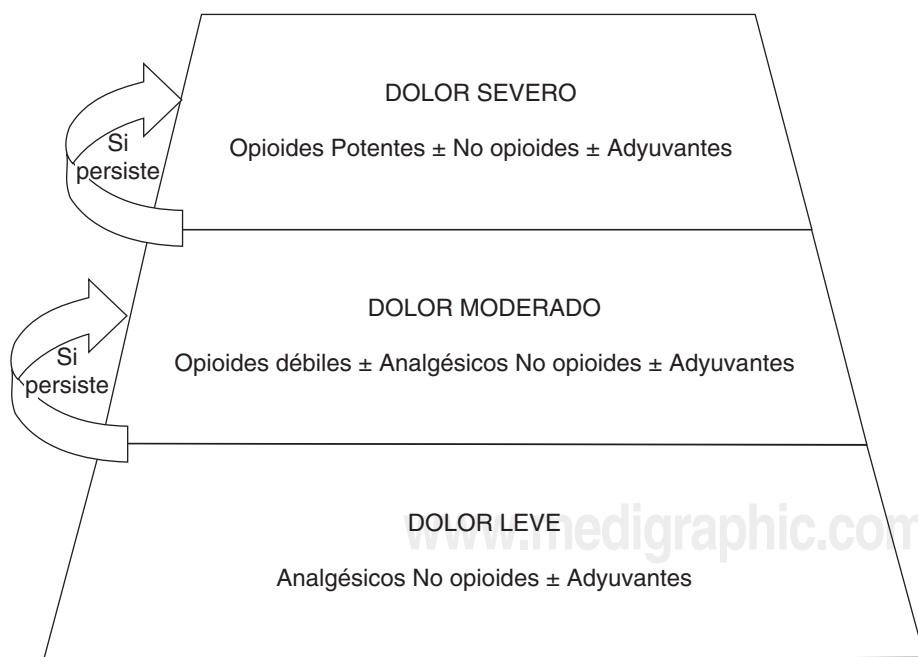
res del fármaco⁽³⁴⁾, el dolor de estos sujetos con frecuencia es infratratado^(28,31).

7. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS PACIENTES CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DEL DOLOR

El control óptimo del dolor mejora las condiciones de vida de estos enfermos. En este sentido, se ha identificado que el 80% de los enfermos opina que sus medicamentos para el control del dolor son efectivos⁽³³⁾. No obstante a la relevancia de dichas aseveraciones, el tratamiento del dolor en este tipo de pacientes es ineficiente^(28,31).

Larue y colaboradores (1997) caracterizaron que los profesionales de la salud, subestiman la severidad del dolor en 52% de los pacientes con VIH/SIDA (70/135). En especial en aquéllos con dolor moderado (OR: 24) o severo (OR: 165). Así mismo, observaron que el 57% de los pacientes con dolor moderado o severo no recibió algún tratamiento analgésico y sólo el 22% recibió opioides débiles⁽³⁵⁾.

Estos datos sugieren que no obstante a que los pacientes identifican que los fármacos analgésicos empleados son de utilidad en el alivio de su dolor, una gran proporción de estos enfermos no recibe analgesia. Esto posiblemente se deba a «barreras» respecto a la analgesia opioide presentes en el personal de salud.



La adición de adyuvantes dependerá de la etiología del dolor en los casos en que ésta sea necesaria.

Figura 3. La figura muestra la «escalera analgésica propuesta por la OMS» para el manejo del dolor.

8. COMENTARIOS SOBRE EL CASO CLÍNICO

El caso clínico presentado, documenta a un enfermo con dolor agudo localizado en hemicara izquierda e irradiado a región del nervio trigémino (V) en sus ramas V1, V2 y V3. En este paciente en particular, las características de la dermatosis observada y los datos recolectados de la viñeta clínica; sugieren una afección secundaria a herpes simple virus (HSV).

Las lesiones herpéticas en los enfermos con VIH/SIDA, son frecuentemente observadas⁽³⁶⁾. En los enfermos inmunocomprometidos, estas lesiones presentan distribuciones atípicas; lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento⁽³⁷⁾. Aunado a lo anterior, la presencia de esta infección agregada, se asocia con un mal pronóstico y con un mayor deterioro inmunológico⁽³⁶⁾.

Las lesiones cutáneas asociadas a HSV son un factor de riesgo para la infección ocular por este virus. Favoreciendo el desarrollo de «necrosis retinal herpética rápidamente progresiva»⁽³⁸⁾. Más aún, la presencia de estas lesiones cutáneas, condiciona la afección esofágica por este virus en 38% de los casos⁽³⁹⁾. Dada la localización de la dermatosis en este paciente, es posible que el riesgo de infección retiniana o mucositis asociada a este virus, sean elementos que empeoren sus condiciones de vida.

El dolor neurogénico es una afección común en estos enfermos⁽⁸⁾. Sin embargo, la asociación entre este tipo de dolor y la afección por HSV, ha sido pobremente documentada. En este sentido, se ha identificado que el inicio de la terapia antiviral, es un elemento clave en el tratamiento de estos enfermos^(36,37,40). No obstante a que el empleo de esteroides ha sido sugerido para el abordaje del dolor en la etapa aguda de la enfermedad⁽⁴⁰⁾; en el enfermo inmunocomprometido, esta intervención es posible que promueva la distribución de la infección hacia otras áreas⁽³⁹⁾.

El tratamiento de la neuritis herpética aguda en el enfermo con VIH/SIDA ha sido poco documentada. Sin embargo, en el caso de la neuralgia postherpética, diversos fármacos «neuromoduladores» han sido recomendados con un buen nivel de evidencia; tal es el caso de la gabapentina, pregabalina y amitriptilina. El empleo de fármacos del grupo opioide recomendados por su buen nivel de evidencia se encuentran: (i) oxicodona, (ii) morfina, (iii) metadona, y (iv) tramadol⁽⁴⁰⁾. Cabe destacar, que la metadona posiblemente sea un fármaco de utilidad en el enfermo con farmacodependencia y que la oxicodona en México se encuentra disponible en combinación con paracetamol lo que dificulta su titulación.

Por otro lado, el caso documentado, cursa con una dermatitis seborreica. Diversos microorganismos se han identificado como agentes sobreinfectantes en este grupo de enfermos, entre los que destaca el complejo *Pityrosporum*

ovale, *Pityrosporum orbiculare* y *Malassezia furfur*. Sin embargo, la asociación entre esta infección micótica y el VIH, ha sido poco documentada^(41,42). Se ha propuesto que el estado de inmunocompromiso (ej.: síndrome de linfadenopatía/complejo relacionado a SIDA); es un elemento que favorece su aparición⁽⁴³⁾.

Esta sobreinfección puede cursar con un componente inflamatorio doloroso, por lo que el empleo de antiinflamatorios no esteroideos aunado al tratamiento tópico, pudiera estar indicado en este grupo de enfermos. Más aún, su presencia puede asociarse a una infección bacteriana agregada. No obstante a las implicaciones de estos elementos, estas inferencias han sido poco caracterizadas.

9. CONCLUSIONES

El dolor por VIH/SIDA es un fenómeno frecuentemente observado y a medida que se logre prolongar la sobrevida de esta población, posiblemente se incremente la prevalencia de los síndromes dolorosos. Debido a diversidad de manifestaciones clínicas presentes en estos enfermos; el dolor que presentan, tiene una amplia gama de manifestaciones. Lo anterior, es una característica que dificulta el abordaje analgésico de estos pacientes.

Existe una gran variedad de técnicas tendientes a disminuir el dolor en este grupo de pacientes. De ellas, la más ampliamente utilizada es la de tipo farmacológico. Entre los fármacos utilizados, se encuentran los del grupo opioide; lo cual, se encuentra en concordancia con la «escalera analgésica propuesta por la OMS». No obstante a los reportes que documentan la efectividad de estos fármacos, su utilización en estos enfermos es deficiente.

Aunado a lo anterior, se ha identificado que los enfermos farmacodependientes con VIH son un grupo vulnerable. Diversos estudios han evidenciado que sus necesidades analgésicas son mayores a las que se presentan en pacientes no farmacodependientes y que esto se debe a mecanismos farmacológicos bien documentados. Sin embargo, con frecuencia el dolor que manifiestan es subestimado e infra-tratado.

En este sentido, en nuestra búsqueda bibliográfica (PubMed / EMBASE), sólo 242 documentos presentan en el título las palabras: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (acquired immunodeficiency syndrome), SIDA (AIDS), dolor (pain). De los cuales sólo el 43% (105) corresponden a lo publicado del 2000 en adelante (Febrero 2007); 11% (12) de estos documentos, son artículos de revisión.

El caso documentado en este reporte, presenta a un paciente con una manifestación atípica de la enfermedad. Lo que se traduce en un reto terapéutico para el abordaje de la complicación misma, del alivio de los síntomas y del trata-

miento del dolor. Más aún, representa a un caso perteneciente a una subpoblación de pacientes que reciben analgesia inadecuada. Estos elementos nos deben hacer reflexionar acerca de nuestro actuar con respecto al alivio del dolor

de estos enfermos y motivarnos a generar líneas de investigación tendientes a documentar las características de su dolor, los abordajes terapéuticos más eficaces, y el costo-beneficio asociado a la terapéutica.

REFERENCIAS

1. UNAIDS/WHO «AIDS Epidemic Update: December 2006». UNAIDS. Geneva. Switzerland. 2006.
2. CONASIDA. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México, 2006. [Fecha de consulta: 30 de Enero del 2008]. Disponible en Internet en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>
3. Lefkowitz M. Pain management for the AIDS patient. *J Fla Med Assoc* 1996;83:701-704.
4. Breitbart W. Pain in HIV disease. In: Bonica's Management of Pain. Loeser JD (ed). Philadelphia. USA. 2001.
5. Penfold J, Clark AJ. Pain syndromes in VIH infection. *Can J Anesth* 1992;39:724-730.
6. Newshan GT, Wainapel SF. Pain characteristics and their management in persons with AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1993;4:53-59.
7. Slaven EM, Lopez F, Weintraub SL, Mena JC, Mallon WK. The AIDS patient with abdominal pain: A new challenge for the emergency physician. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:987-1015.
8. Katz N. Neuropathic pain in cancer and AIDS. *Clin J Pain* 2000;16:S41-S48.
9. Ownby KK. Effects of ice massage on neuropathic pain in persons with AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2006;17:15-22.
10. Verma S, Estanislao L, Simpson D. HIV-associated neuropathic pain: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2005;19:325-334.
11. Lopez OL, Becker JT, Dew MA, Caldararo R. Risk modifiers for peripheral sensory neuropathy in HIV infection/AIDS. *Eur J Neurol* 2004;11:97-102.
12. Berman A, Espinoza LR, Diaz JD, Aguilar JL, Rolando T, Vasey FB, Germain BF, Lockey RF. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988;85:59-64.
13. Vence DE. Arthritic pain, aging, and psychomotor decline in people with AIDS. *Percept Mot Skills* 2005;100:330-332.
14. Josephine M, Issac E, George A, Ngole M, Albert SE. Patterns of skin manifestations and their relationships with CD4 counts among HIV/AIDS patients in Cameroon. *Int J Dermatol* 2006;45:280-284.
15. Pitche P, Tchangaï-Walla K, Napo-Koura G, Mijiyawa M, Agbere A, Tatagan A. Prevalence of skin manifestations in AIDS patients in the Lome-Tokoin University Hospital (Togo). *Sante* 1995;5:349-352.
16. Gomides MD, Berbert AL, Mantese SA, Rocha A, Ferreira MS, Borges AS. Skin diseases in patients with AIDS: study in 55 cases in Uberlândia, MG, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:36-41.
17. Melbye M, Grossman RJ, Goedert JJ, Eyster ME, Biggar RJ. Risk of AIDS after herpes zoster. *Lancet* 1987;1:728-731.
18. Lemlich G, Schwam L, Lebowitz M. Kaposi's sarcoma and acquired immunodeficiency syndrome. *Postmortem* findings in twenty-four cases. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:319-325.
19. Jensen BL, Weismann K, Sindrup JH, Søndergaard J, Schmidt K. Incidence and prognostic significance of skin disease in patients with HIV/AIDS: a 5-year observational study. *Acta Derm Venereol* 2000;80:140-143.
20. Goldstein J. Headache and acquired immunodeficiency syndrome. *Neurol Clin* 1990;8:947-960.
21. Fernández CC, Campoamor SM, García AFML. Primary esophageal lymphoma in a acquired immunodeficiency syndrome: a case report. *An Med Interna* 2007;24:259-260.
22. Sánchez MJ, Hernández GA, Sobrino CS, Lárraga OA, Sánchez BG, López BP, Elguero PE. Clinical manifestations and endoscopic characteristics of Kaposi's sarcoma in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70:416-423.
23. Uribe MR, Valdivia RM, Carrasco EJ. Gastrointestinal symptoms in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): A review of one hundred cases at «Arzobispo Loayza» hospital. *Rev Gastroenterol Peru* 1997;17:214-221.
24. Bianchi C, Scamuzzi C, Mattioli FP. Non-Hodgkin's lymphoma with perianal localization in patients with acquired immunodeficiency syndrome: a case report. *Ann Ital Chir* 1996;67:277-280.
25. Lorenz HP, Wilson W, Leigh B, Schecter WP. Kaposi's sarcoma of the rectum in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Surg* 1990;160:681-682.
26. Frich LM, Borgbjerg FM. Pain and pain treatment in AIDS patients: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:339-347.
27. Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. *S Afr Med J* 2004;94:450-4.
28. Tsao JC, Dobalian A, Stein JA. Illness burden mediates the relationship between pain and illicit drug use in persons living with HIV. *Pain* 2005;119:124-32.
29. Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin J Pain* 2002;18:S18-S38.
30. Breitbart W, Rosenfeld B, Passik S, Kaim M, Funesti-Esch J, Stein K. A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients with and without a history of substance abuse. *Pain* 1997;72:235-243.
31. Breitbart W, McDonald MV. Pharmacologic pain management in HIV/AIDS. *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 1996;2:17-26.
32. Newshan G. Pain management in HIV and AIDS. *GMHC Treat Issues* 1995;9:10-12.
33. Holzemer WL, Henry SB, Reilly CA. Assessing and managing pain in AIDS care: the patient perspective. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1998;9:22-30.
34. Kaplan R, Slywka J, Slagle S, Ries K. A titrated morphine analgesic regimen comparing substance users and non-users with AIDS related pain. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:265-273.
35. Larue F, Fontaine A, Collet SM. Underestimation and under treatment of pain in HIV disease: multicentre study. *BMJ* 1997;314:23-28.
36. Nogueira ML, Oliveira AF, Araujo JG, Gallo MA, Fonseca JG, Bonjardim CA, Ferreira PC, Kroon EG. PCR-based diagnosis of a case of herpetic whitlow in an AIDS patient. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1998;40:317-319.
37. Robayna MG, Herranz P, Rubio FA, Peña P, Peña JM, González J, Casado M. Destructive herpetic whitlow in AIDS: report of three cases. *Br J Dermatol* 1997;137:812-815.
38. Ormerod LD, Larkin JA, Margo CA, Pavan PR, Menosky MM, Haight DO, Nadler JP, Yangco BG, Friedman SM, Schwartz R, Sinnott JT. Rapidly progressive herpetic retinal necrosis: a blind

- ding disease characteristic of advanced AIDS. Clin Infect Dis 1998;26:34-45.
39. Génèreau T, Lortholary O, Bouchaud O, Lacassin F, Vinceneux P, De Truchis P, Jaccard A, Meynard JL, Verdon R, Sereni D, Marche C, Coulaud JP, Guillevin L. Herpes simplex esophagitis in patients with AIDS: report of 34 cases. The Cooperative Study Group on Herpetic Esophagitis in HIV Infection. Clin Infect Dis 1996;22:926-931.
40. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, García-Ramos G, Hernández-Jiménez S; Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Neuropático. Parámetros de práctica para el manejo del dolor neuropático. Rev Invest Clin 2006;58:126-138.
41. Ross S, Richardson MD, Graybill JR. Association between *Malassezia furfur* colonization and seborrheic dermatitis in AIDS patients. Mycoses 1994;37:367-370.
42. Groisser D, Bottone EJ, Lebwohl M. Association of *Pityrosporum orbiculare* (*Malassezia furfur*) with seborrheic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). J Am Acad Dermatol 1989;20:770-773.
43. Massone L, Borghi S, Pestarino A, Piccini R, Solari G, Casini Lemmi M, Isola V. Seborrheic dermatitis in otherwise healthy patients and in patients with lymphadenopathy syndrome/AIDS-related complex: treatment with 1% bifonazole cream. Chemioterapia 1988;7:109-112.