

SIDA. Entender lo pasado, para encarar el presente y construir el futuro

El hecho que en pocos meses fueran admitidos en hospitales de la ciudad de Los Ángeles cinco hombres que tenían sexo con hombres, jóvenes, sin enfermedades previas y a los que se les diagnosticó, entre otras alteraciones, neumonía por el entonces conocido como *Pneumocystis carinii*, infección activa por citomegalovirus (CMV) y candidiasis extendidas, era una situación por demás llamativa.

Los médicos tratantes sabían que la neumonía por *P. carinii* era extremadamente infrecuente en los EE.UU. y que solo se presentaba en pacientes con marcada inmunodeficiencia¹. Pero en estos casos, los afectados eran personas previamente sanas, todos sexualmente activos y, lo que era más sugestivo, ninguno de ellos se conocía entre sí, ni se detectaron terceras personas que pudiesen haber actuado como nexo entre algunos de ellos, ni tampoco habían tenido relaciones sexuales con individuos que padeciesen o hubiesen padecido patologías similares. Todos ellos reconocieron usar drogas recreacionales solamente por vía inhalatoria.

Los profesionales estaban convencidos que lo que tenían ante sus ojos era algo distinto, nuevo y alarmante ya que la evolución era siempre desfavorable. El que tomó las riendas del grupo fue un joven internista e inmunólogo llamado Michael Gottlieb, y decidieron comunicar estos casos al *New England Journal of Medicine*.

Contactado el editor de la misma, Dr. Arnold Relman, este consideró que los elementos reunidos hasta el momento no justificaban aún una alerta a todos los médicos de la nación, y aun del extranjero, por lo que les aconsejó que comunicaran estos casos a los Centros de Control de Enfermedades Infecciosas (CDC) situados en Atlanta, Georgia y, más adelante, si el número de pacientes aumentaba, y la evidencia se hacía más fuerte, la revista podría retomar el tema².

Efectivamente, esta casuística fue comunicada a los CDC y publicada el 5 de junio de 1981 en el boletín MMWR (*Morbidity and Mortality Weekly Report*) alertando a la comunidad médica sobre esta inusual e importante enfermedad³.

Paralelamente, otra complicación grave se comenzaba a observar entre integrantes de la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y era la irrupción de una hasta entonces lenta e indolente neoplasia, el sarcoma de Kaposi (SK). Esta entidad solía afectar, clásicamente, a oriundos de países de la cuenca del Mediterráneo, o a sus descendientes, frecuentemente de raíces judías, que solían tener lesiones a predominio en miembros inferiores, poco o nada dolorosas y de lenta evolución⁴. Pero en los HSH activos se presentaba con lesiones agresivas, con tendencia a la generalización y a comprometer vísceras, y evolución rápida hacia la muerte. Tanto en estos casos como en los anteriores, los pacientes se comportaban como inmunodeficientes, sin que se pudiese identificar una causa para ello.

El *New England Journal of Medicine*, que retomó el tema luego de la referencia que hicieron los CDC, publicó el 10 de diciembre de 1981 tres artículos sumamente interesantes y que incluyeron tres series de pacientes no muy extensas, pero que avalaban la hipótesis de la aparición de una nueva entidad que generaba una profunda inmunodepresión a nivel celular, y la emergencia de diversas infecciones oportunistas o neoplasias de marcada agresividad. El primero de ellos fue la serie de Gottlieb⁵, pero con solo cuatro de los cinco pacientes antes mencionados. El segundo fue una casuística de 11 enfermos con neumocistosis y pruebas de inmunidad celular marcadamente deterioradas, referida por H. Masur del *New York Hospital-Cornell*, acompañado por colegas de distintos hospitales de la ciudad de New York⁶. Por último, la tercera, también de dicha ciudad fue presentada por Frederick Siegal, del *Mount Sinai Medical Center* y colegas de otros hospitales de la ciudad. Los cuatro enfermos descritos padecían

úlceras crónicas perianales, causadas por virus del herpes simple y por SK, todo en el marco de un cuadro devastador en lo físico y en lo psíquico⁷.

Más adelante, con evidencias obtenidas de diversas series comunicadas a los CDC, se pudo observar este tipo de cuadros clínicos en receptores de transfusiones⁸, pacientes con hemofilia A que recibían concentrados de factor VIII⁹ y niños nacidos de madres afectadas por dichos cuadros¹⁰.

Siguió la aparición de distintos brotes entre miembros de la comunidad haitiana, muchos de ellos de reciente ingreso a los EE.UU., y donde se podía observar que eran muy similares a los descritos hasta ese momento, con predominio de la neumonía por *P. carinii* (PCP) y el SK¹¹. Lo curioso era que los pacientes, en su gran mayoría, no referían tener sexo con otros hombres ni consumir drogas endovenosas a pesar de que sus cuadros clínicos y sus evoluciones eran similares a aquellos colectivos poblacionales.

Si bien aún no se conocía la causa de estos cuadros clínicos, la similitud de estas poblaciones con las afectadas por el virus de la hepatitis B hizo pensar, con acierto, que se debía tratar de una afección de probable etiología viral y de transmisión sexual, o a través de la inoculación de sangre o de madre a hijo.

Por ello, los CDC consideraban, a los fines epidemiológicos, que las personas pertenecientes a alguno de los siguientes grupos de riesgo eran candidatos o tenían una mayor posibilidad de adquirir el síndrome que se denominó SIDA. Dichos grupos eran: varones homo o bisexuales, adictos a drogas de uso endovenoso, hemofílicos, haitianos y otros (politransfundidos, trabajadoras sexuales, mujeres parejas de hombres con SIDA)¹².

Esto se tradujo en lo que la sociedad definió como la epidemia de las cuatro H, a saber: homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos, y de esta manera quedaron definidos estos renombrados "grupos de riesgo".

Las investigaciones destinadas a identificar al agente causal del síndrome fueron intensas y rodeadas de una atmósfera social demandante de resultados que permitieran obtener una vacuna o un tratamiento destinado a la prevención o al control de esta enfermedad. Los hechos fueron muy controvertidos y el grupo francés de Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, consiguió aislar un virus de un paciente francés enfermo de SIDA y con características propias de un retrovirus. Las pruebas realizadas con células productoras de HTLV y sus anticuerpos específicos enviados por Gallo, mostraron que eran muy diferentes. Las contrapruebas realizadas con materiales enviados por Montagnier a Gallo culminaron con el anuncio del estadounidense del aislamiento del agente causal del Sida, al que denominó HTLV-III mientras que los franceses bautizaron a su agente como LAV (*Lymphadenopathic associated virus*).

La similitud entre ambos virus hizo dudar al mundo científico del aislamiento de Gallo y se inició una contienda que requirió hasta la reunión de los presidentes de ambos países para llegar a un acuerdo que se logró años después. En principio, el mismo llevó a una presentación simultánea, de ambos aislamientos, en la revista *Science* en mayo de 1983^{13, 14}, además de acuerdos sobre patentes relacionadas con las pruebas de laboratorio para el diagnóstico.

Pocos meses después, Jay Levy, prestigioso investigador de San Francisco, anunció el tercer aislamiento de este virus al que denominó ARV (*Aids Related Virus*)¹⁵. Esta curiosa situación, donde aislamientos de un mismo virus tenían tres denominaciones distintas se mantuvo hasta 1986, en que el que el *International Committee on Taxonomy of Virus* acordó la actual denominación, HIV (*human immunodeficiency virus*).

En Argentina, las cosas sucedieron de una manera bastante parecida a EE.UU., siendo los primeros casos, HSH con antecedentes de permanencia prolongada en dicho país o en Europa y, más adelante en el tiempo, consumidores de drogas endovenosas, mujeres parejas de pacientes con Sida o receptoras de transfusiones o, más raro aún, consumidoras de drogas de uso parenteral.

Las primeras publicaciones datan de 1983, en la revista *Medicina (B Aires)*^{16, 17} y los pacientes diagnosticados comenzaron a aumentar lentamente^{18, 19}. Sus cuadros clínicos eran muy similares a los descritos por colegas de EE.UU. y la repercusión social y periodística también bastante parecida.

Dos hechos públicos posibilitaron que la sociedad dejara de ver a esta enfermedad como un castigo divino, como una enfermedad de marginales con conductas poco aceptadas. En primer lugar, el reco-

nocimiento del actor americano Rock Hudson, símbolo de la masculinidad según la industria cinematográfica, de su enfermedad y de su orientación sexual, allá por 1984.

Pocos años después, el muy famoso basquetbolista estadounidense Earvin "Magic" Johnson hizo público su condición de infectado y de recibir tratamiento para tal condición, aceptando haber tenido una vida heterosexual muy activa. Por lo tanto, ya quedaba claro que para adquirir esta infección no era necesario ser homosexual o consumidor de drogas endovenosas.

La infección por HIV se fue extendido por todo el mundo, con un muy fuerte impacto en el continente africano, sudeste asiático, Latinoamérica y el Caribe alcanzando, según ONUSIDA, a más de 75 millones de personas, de las cuales casi la mitad ya han muerto. El hecho de que afectara a personas jóvenes, en la etapa más productiva de la vida, generó un impacto negativo en la economía mundial, además del costo social.

En las últimas dos décadas, la terapia antirretroviral ha demostrado su capacidad para suprimir la multiplicación viral y disminuir la transmisión sexual de la infección, por lo que ha posibilitado un descenso en la velocidad de crecimiento del número de nuevos contagios, del número de recién nacidos infectados y en la cantidad de fallecimientos^{20, 21}.

De todas formas, el esfuerzo que la sociedad debe realizar para terminar con la pandemia es enorme, aunque no imposible de cumplir.

Jorge Benetucci

Prof. Cons. Titular de Enfermedades Infecciosas
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
e-mail: jbenetucci@fibertel.com.ar

- Walzer PD, Perl DP, Krogstad DJ, Rawson G, Schultz MG. *Pneumocystis carinii* pneumonia in the United States. Epidemiologic, diagnostic and clinical features. *Ann Intern Med* 1974; 80: 83-93.
- Lapierre D. Un síndrome nuevo y devastador. En: Más grandes que el amor. 1ª reimpresión Buenos Aires, Argentina: Seix Barral Editores, p 59-61.
- Gottlieb MS, Schanker H, Fan P, et al. Pneumocystis pneumonia. Los Angeles. Morbid. Mortal. *Weekly Rep* 1981; 30: 1-3.
- Hymes KB, Cheung T, Greene JB, et al. Kaposi's sarcoma in homosexual men-A report of eight cases. *Lancet* 1981; 2: 598-600.
- Gottlieb MS, Schroff R, Schanker H, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. *N Engl J Med* 1981; 305: 1425-31.
- Masur H, Michels MA, Greene JB, et al. An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia. *N Engl J Med* 1981; 305: 1431-8.
- Siegal FP, López C, Hammer GS, et al. Severe acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions. *N Engl J Med* 1981; 305: 1439-44.
- CDC. Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-California. *MMWR* 1982; 31: 652-4.
- CDC. Pneumocystis carinii pneumonia among persons with hemophilia A. *MMWR* 1982; 31: 365-7.
- CDC. Unexplained immunodeficiency and opportunistic infections in infants-New York, New Jersey, California. *MMWR* 1982; 31: 665-7.
- CDC. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States. *MMWR* 1982; 31: 353-4, 360-1.
- CDC. Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)-United States. *MMWR* 1982; 31: 507-8, 513-4.
- Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, et al. Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 868-71.
- Gallo RC; Sarin PS; Gelmann EP, et al. Isolation of human-T-cell leukemia virus in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 865-7.
- Levy JA, Hoffman AD, Kramer SM, et al. Isolation of lymphocytotropic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 1984; 225: 840-2.
- Estévez ME, Bruno S, Sen L, Scaglione C, Diez RA, Musso AM. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con sarcoma de Kaposi en homosexuales en Argentina *Medicina (B Aires)* 1983; 43: 477.
- Dosne Pasqualini C, Muchinik G. SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y su posible vínculo con el virus de la leucemia-linfoma de células T humanas, el retrovirus inductor de la leucemia de células T en el adulto. *Medicina (B Aires)* 1983; 43: 472-4.
- Scaglione C, Cahn P, Muchinik G, et al. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: experiencia en Argentina. *Medicina (B Aires)* 1985; 45: 312.
- Cahn P, Pérez H, Casiro A, et al. Análisis de 33 casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Argentina. Similitudes y diferencias con la experiencia internacional. *Medicina (B Aires)* 1987; 47: 1-11.
- Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. *New Engl J Med* 2000; 342: 921-9.
- Jaworski JP, Frola C, Cahn P. Nuevas estrategias para el control y la prevención de la infección por HIV. *Medicina (B Aires)* 2019; 6/1: 534-9.