

Infeccions en addictes a drogues per via parenteral i homosexuals no relacionades directament amb l'HIV

J.M. GUARDIOLA

INTRODUCCIÓ

Les característiques dels infectats per l'HIV/sida fan que, a més de les infeccions directament causades per l'estat d'immunodepressió causat per l'HIV, hi hagi un determinat grup de patologies que són molt més freqüents en els pacients portadors de la infecció per l'HIV/sida i que estan relacionades amb diverses actituds de risc com són l'addicció a drogues per via parenteral i l'homosexualitat i promiscuïtat sexual.

Encara que aquestes patologies es donen sense la condició expressa de ser portador del virus HIV, ser-ho condiciona en molts casos el pronòstic i resposta al tractament d'aquestes afeccions.

En aquest article analitzarem d'una manera pràctica i metòdica, quines són aquestes patologies pròpies dels addictes a drogues per via parenteral i els homosexuals, així com les seves principals característiques i el seu tractament. Els destinataris d'aquest capítol no només són els

especialistes en sida, sinó tots els facultatius que treballen en centres d'assistència primària i en serveis d'urgències, ja que en la nostra pràctica clínica habitual és freqüent atendre aquests tipus de pacients.

PACIENTS ADDICTES A DROGUES PER VIA PARENTERAL

Les infeccions són una de les complicacions més freqüents i greus en els pacients addictes a drogues per via parenteral (ADVP), essent una causa molt freqüent d'ingrés hospitalari i mort. S'estima que una quarta part de la mortalitat en els pacients addictes a drogues per via parenteral és deguda a infeccions. A Catalunya el consum de drogues per via endove-nosa és la causa de més d'un 60% dels casos d'infecció per l'HIV/sida, encara que aquest percentatge està disminuint.

Els ADVP contrauen malalties infeccioses específiques per tres vies diferents:

- 1) Infeccions derivades de l'ús de xeringues, que comporten la inoculació de bacteris de la pròpia pell, del material utilitzat com a dissolvent i de productes orgànics, fonamentalment de sang, si l'ús de xeringues és compartit.
- 2) Ser ADVP sol anar unit a estats d'indigència, malnutrició i promiscuïtat sexual. Tots aquests factors faciliten l'adquisició d'infeccions.
- 3) La pròpia drogaaddicció comporta la possibilitat d'adquirir diferents infeccions. El consum de diverses substàncies pot causar deteriorament del nivell de consciència, i això pot facilitar l'aparició, per exemple, de pneumònies per aspiració. També s'han descrit diverses infeccions abdominals en traficants il·legals de droga, portadors de bosses amb diverses substàncies a l'aparell digestiu, encara que en aquest supòsit la casuística és menor.

Davant de qualsevol pacient ADVP i clínica suposadament infecciosa s'ha de realitzar una anamnesi molt estricta sobre la història de drogodependència, antecedents de malalties agudes o cròniques relaciona-

des amb l'ús de drogues, tipus d'activitat sexual i antecedents de malalties de transmissió sexual. L'exploració física ha de ser dirigida en funció dels símptomes. Han de buscar-se signes de venopunció. Els exàmens inicials de laboratori inclouran hemograma complet, bioquímica bàsica amb LDH, funció hepàtica, CPK i proteïna C reactiva. Es realitzarà placa de tòrax a tots els pacients.

Les síndromes clíniques més freqüents en l'addicció a drogues per via parenteral amb patologia infecciosa s'agrupen en set apartats que analitzarem seguidament.

Febre sense focus aparent

Les causes de febre infecciosa sense focus aparent en pacients ADVP, no relacionades amb sida, són variades. S'ha de destacar l'endocarditis infecciosa (especialment sobre la vàlvula tricúspide), bacterièmia relacionada amb la venopunció, candidiasi disseminada o una infecció localitzada encara incipient.

Els organismes més freqüents causants de la febre són *Staphylococcus aureus* en primer lloc, seguit d'estreptococs del grup *viridans*, estreptococs del grup A, *Pseudomona aeruginosa*, en ADVP que s'injectin pentazocina o tripelenamina, i altres bacils gramnegatius. La presència de cànides ha de sospitar-se en addictes a drogues per via parenteral que utilitzen llimona per dissoldre heroïna marró.

A més de l'analítica bàsica, han de realitzar-se tres hemocultius seriats davant la presència d'una síndrome febril no filiada. La placa de tòrax és obligatòria. Ha de valorar-se la realització d'una ecocardiografia transesofàgica davant la sospita d'endocarditis. Posteriorment, i si el diagnòstic segueix essent una incògnita, s'hauran de valorar altres proves més específiques, com el TAC-ECO abdominal i la gammagrafia òssia amb Tc99 (o Ga67).

Tot pacient addicte a drogues per via parenteral amb febre d'origen no filiat ha de ser observat durant 12 a 24 hores a l'àrea d'urgències. Posteriorment, en funció de la seva evolució es valorarà l'ingrés hospitalari.

Quant al tractament, hem d'iniciar una pauta empírica d'antibiòtics, encara que ocasionalment és prudent esperar entre 6 i 12 hores per poder recollir algun hemocultiu i poder filiar millor l'etiologia de la infecció. Habitualment no hi ha pressa per iniciar el tractament antibiòtic, excepte en casos de "shock" sèptic o en situacions en què l'origen de la febre sigui molt probable, encara que ens falti el diagnòstic definitiu. El tractament empíric s'iniciarà amb cloxacil·lina 1-2 g cada 4 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.m. o i.v. Com a alternativa a la cloxacil·lina pautarem vancomicina 1 g cada 12 hores i.v., i com a alternativa a la gentamicina aztreonam 1 g cada 8 hores i.v. Davant la sospita de *P. aeruginosa* s'ha d'administrar un antibiòtic amb major potència enfront del bacteri, com cefepima 1 g cada 8 hores i.v. En pacients amb possibilitat d'infecció per *Candida albicans*, ha d'afegir-se fluconazole 200 mg cada 12 hores i.v.

Hepatitis

L'hepatitis aguda o crònica és una de les manifestacions més freqüents en els pacients ADVP. La causa és habitualment infecciosa, d'etiologia vírica, causada pel virus de l'hepatitis A (VHA) i el virus de l'hepatitis B (VHB). Existeixen un altre tipus d'infeccions bacterianes, que són menys freqüents, com l'abscess hepàtic bacterià, la colangitis i la colecistitis. Altres causes d'hepatitis solen ser tòxiques, causades per fàrmacs o per alcohol.

La clínica d'hepatitis aguda ha de sospitar-se davant la presència d'astènia, juntament amb diversos símptomes gastrointestinals. Pot associar-se febre. L'exploració física pot ser normal. En alguns casos destacarà la presència d'ictèria i d'hepatomegàlia, juntament amb dolor a la palpació-descompressió hepàtica. Ocasionalment, s'objectivarà la presència d'ascitis, edemes i d'altres signes d'hepatopatia. La realització d'una anàlítica mostrarà augment de transaminases, juntament amb diverses alteracions en el perfil hepàtic: bilirubina, fosfatases alcalines, GGT i LDH. També haurà de sol·licitar-se el temps de protrombina, amilasa, lipases, albúmia i glucosa.

Es recomana la realització d'una ecografia abdominal per descartar l'afectació de la vesícula i vies biliars, així com de la presència d'un abscess hepàtic.

En fases posteriors hauran de sol·licitar-se diversos estudis per determinar la causa de l'hepatitis vírica: IgM anti-VHA (marcador d'infecció actual o recent), HBs Ag (marcador de la infecció actual amb o sense replicació vírica) IgM anti-HBc (marcador de la infecció actual o recent), i antivirals de l'hepatitis C (VHC), anti-HC (marcador de la infecció actual o passada) i anti-HD. En alguns casos es sol·licitarà la càrrega viral de VHB i VHC. També haurà de sol·licitar-se serologia per a CMV, i mononucleosi infecciosa. Ocasionalment hauran de sol·licitar-se serologies per *Coxiella burnetti*, *Leptospira*, *Treponema pallidum* i *Brucella*.

El pacient ingressarà en funció de l'estat clínic. Es deixarà el pacient en observació durant unes hores per objectivar la tendència en l'evolució de les transaminases. La majoria de vegades la presència d'una hepatitis vírica no és causa d'ingrés, encara que hauran de realitzar-se controls freqüents.

En cas d'una hepatitis vírica aguda no hi ha cap tractament disponible. S'aconsella un tractament simptomàtic i un repòs moderat, així com l'abstenció d'alcohol. Encara que en aquest capítol es comenta l'hepatopatia no relacionada amb l'HIV-sida, s'ha de tenir en compte que molts fàrmacs utilitzats per aquests pacients, sobretot els antiretrovirals, poden provocar un augment de les transaminases i, per tant, s'ha de suspendre la seva administració. En cas d'infecció per hepatitis A han d'instaurar-se mesures d'aïllament entèric. Per a la prevenció de l'hepatitis A ha d'administrar-se la immunoglobulina inespecífica, 0,02 ml/kg, i.m., fins a dues setmanes després de l'exposició amb els contactes. La immunoglobulina antihepatitis B, 0,06 ml/kg, i.m., s'ha d'administrar tan aviat com sigui possible i fins a un màxim de 14 dies, en situacions de postexposició, a les persones que no tenen marcadors serològics d'hepatitis B o després de la inoculació parenteral amb material contaminat. No existeix prevenció per a l'hepatitis C.

El 70% a 90% dels ADVP infectats per l'HIV presenta coinfecció crònica pel VHC. En pacients no HIV la combinació amb interferó (o interferó pegilat) més ribavirina aconsegueix entre un 40% a 50% de mitjana de negativització de l'hepatitis C. En els pacients coinfectats els resultats, encara en fase inicial, són semblants.

Entre el 5% i el 15% dels pacients HIV són portadors crònics del VHB. Aquest tipus d'infecció es tracta amb interferó i lamivudina.

Davant la sospita d'una hepatitis d'origen bacterià s'ha de realitzar una àmplia cobertura antibiòtica que inclogui *S. aureus*, gramnegatius incloent-hi pseudomona i anaerobis. El tractament antibiòtic variarà segons els antecedents, però inicialment es recomana la pauta de cloxacil·lina 1-2 g cada 6 h, i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v., més metronidazole 500 mg cada 8 h i.v. En alguns pacients determinats s'ha de cobrir *Listeria* (ampicil·lina 1 g cada 4 h i.v. i/o febre Q doxicil·lina 100 mg cada 12 h i.v.).

Pell i teixits tous

La infecció de pell i teixits tous és molt freqüent en addictes a drogues per via parenteral. El diagnòstic sol ser senzill. Les infeccions poden ser molt greus: cel·lulitis, fascitis necrosant, piomiositis, gangrena gasosa. La localització més freqüent són les extremitats superiors, coincidint amb els punts d'autoadministració de droga endovenosa. Els gèrmens més freqüents són *S. aureus* i estreptococs del grup A. Gèrmens menys freqüents són els bacils gramnegatius i anaerobis propis de la cavitat oral. La infecció per cànida es dona en el context d'una candidiasi disseminada, juntament amb l'afectació ocular i costocondritis.

L'anàlítica es realitzarà en aquells casos més greus, amb repercussió sistèmica i en aquells en què pugui ser necessària la intervenció quirúrgica per desbridat la lesió. Es realitzaran hemocultius davant la presència de febre, i es determinarà el nivell de CPK per descartar afectació muscular.

En tant que possible es realitzarà un estudi microbiològic (gram i cultiu per a bacteris i fongs) del material obtingut d'un frotis o punció de la lesió o del material extret en la intervenció quirúrgica. Habitualment no són necessaris estudis complementaris. Per descartar la presència d'una gangrena gasosa pot ser d'utilitat la realització d'un TAC o ressonància de parts toves per visualitzar la presència de gas.

L'ingrés hospitalari dependrà de la situació clínica del pacient, encara que l'experiència indica que és millor ser prudent en aquests casos, i deixar el pacient ingressat 24 hores per veure l'evolució de la lesió.

El tractament serà empíric la majoria de les vegades. Si l'episodi no és greu i no hi ha criteris d'ingrés hospitalari la cel·lulitis es tracta amb amoxicil·lina-àcid clavulànic 875 mg cada 8 hores v.o. En cas d'al·lèrgia es pot administrar clindamicina 300-600 mg cada 8 hores v.o. En casos més greus, en què es requereix ingrés, habitualment el tractament que s'haurà d'administrar serà amoxicil·lina-àcid clavulànic 2 g cada 6-8 hores i.v. o cloxacil·lina 1-2 g cada 6 h i.v., juntament amb metronidazole 500 mg cada 8 h i.v. o clindamicina 600 mg cada 8 h i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg en mododosi i.v.

Algunes vegades, juntament amb el tractament antibiòtic, s'ha de practicar un desbridament quirúrgic de la zona afectada.

Endocarditis infecciosa

L'endocarditis infecciosa és una de les patologies potencialment més greus que afecta de manera característica els pacients addictes a drogues per via parenteral.

1) Endocarditis dreta: Un 50% de les endocarditis en addictes a drogues per via parenteral, en què no existeix valvulopatia prèvia, afecta a la vàlvula tricúspide. En un 5% a 10% dels casos la infecció és dreta i esquerra. El germen més freqüent és *S. aureus*, que té un gran poder lesiu: no és estrany que produeixi una afectació valvular important, abscessos de l'anell valvular, afectació pericàrdica, etc. Pot produir metàstasis sèptiques als pulmons, en forma d'abscessos pulmonars,

en l'endocarditis tricúspide. Altres gèrmens que s'han de tenir en compte són *P. aeruginosa*, estreptococ, *Candida*, etc.

- 2) Endocarditis esquerra: Existeix cardiopatia prèvia en un 30% a 40% dels casos. La vàlvula mitral i l'aorta s'afecten de la mateixa manera. El germen més freqüent és *S. aureus*, amb gran poder lesiu. Produceix metàstasis a distància: òssies, articulars, cerebrals, oculars, cutànies, renals i hepàtiques. Altres gèrmens freqüents són l'estreptococ i l'enterococ. Els bacils gramnegatius són menys freqüents.

La presentació clínica pot ser anodina, i és per això que el diagnòstic s'ha de sospitar. L'exploració clínica serà molt meticulosa. S'ha de descartar la presència de qualsevol simptomatologia compatible amb insuficiència cardíaca, així com la presència d'algun buf cardíac no conegut fins aleshores. La presència de lesions cutànies pot ser expressió de metàstasis sèptiques a distància.

S'ha de realitzar una analítica i un sediment d'orina, ja que la microhematuria pot deure's a la presència d'embòlies sèptiques renals o a dipòsits d'immunocomplexos. S'han de realitzar tres hemocultius seriat, no és necessari que el pacient tingui febre, ja que la bacterièmia és permanent. Els hemocultius són positius en un 90% dels casos, encara que a vegades s'ha d'esperar més de 10 dies. La presència d'hemocultius positius corrobora el diagnòstic. Evidentment si els hemocultius no es positivitzen la possibilitat d'endocarditis no ha de rebutjar-se.

En tant que possible ha de realitzar-se una ecocardiografia transesofàgica, que té major rendibilitat diagnòstica que l'ecografia transtoràcica. La placa de tòrax i l'electrocardiograma són obligatoris. La presència de trastorns de la conducció (bloqueig de rama, PR llarg) són suggestius d'afectació miocàrdica i valvular.

Tots els pacients amb sospita d'endocarditis han d'ingressar, com a mínim, fins al moment de descartar el diagnòstic. En molts casos el pacient necessitarà ser ingressat a la UCI.

El tractament antibiòtic serà empíric fins a la confirmació diagnòstica:

- 1) Endocarditis dreta o mixta: cloxacil·lina 2 g cada 4 hores, més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v.

2) Endocarditis esquerra:

- Aguda (de menys d'un mes d'evolució): ampicil·lina 2 g cada 4 hores i.v., més cloxacilina 2 g cada 4 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/ kg i.v.
- Subaguda o lenta: ampicil·lina 2 g cada 4 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores.

3) Endocarditis sobre vàlvula protèsica precoç (menys d'un any de la substitució valvular): vancomicina 15 mg/kg cada 12 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg i.v., més cefepima 2 g cada 12 hores i.v.

Un cop confirmat el diagnòstic etiològic, el tractament antibiòtic s'ajustarà segons el resultat de l'antibiograma.

El recanvi valvular és necessari quan existeix insuficiència cardíaca, extensió extravalvular de la infecció i embòlies recorrents i, en general, en els casos sense resposta al tractament antibiòtic. En el cas de l'endocarditis dreta es realitzarà una valvulectomia quan les vegetacions siguin més grans de 2 cm. La intervenció quirúrgica, quan sigui indicada, haurà de realitzar-se sense demora, sense forçar resultats més que improbables allargant innecessàriament el tractament antibiòtic.

És fonamental assegurar el compliment del tractament antibiòtic per part d'aquests pacients. Això comporta ingressos prolongats en els quals cal evitar la síndrome d'abstinència. Posteriorment en el moment de l'alta és fonamental assegurar-se que el pacient no tornarà a consumir. Aquest últim supòsit és difícil d'aconseguir i escapa a les pretensions d'aquest capítol.

S'ha de tenir en compte la profilaxi antibiòtica de l'endocarditis, davant diverses instrumentacions d'origen mèdic, amb les pautes habituals recomanades.

Artritis infecciosa

L'artritis infecciosa en els addictes a drogues per via parenteral pot adquirir-se per contigüitat quan existeix una infecció de pell o parts toves; en aquest cas es tractarà fonamentalment d'una monoartritis. Una altra ma-

nera d'afectació articular és per disseminació hematògena, causant episodis de poliartritis. En aquests casos s'ha de descartar la coexistència d'altres focus infecciosos com l'endocarditis, metàstasis sèptiques, etc.

La localització més freqüent és en l'esquelet axial. El genoll és l'articulació perifèrica que més s'afecta.

Els microorganismes causals més freqüents són *S. aureus*, seguit de diversos bacils gramnegatius com enterobacteris, *Pseudomona*, *Serratia* i *Salmonella*. Altres possibilitats que s'han de tenir en compte són estrep-tococs, *Candida*, *Neisseria* i micobacteris.

El diagnòstic és habitualment senzill, per la presència de signes infla-matoris a l'articulació afectada i la presència de febre, dolor i impotència funcional.

Es realitzarà una analítica amb bioquímica i hemograma. El líquid articular s'obtindrà amb punció i es realitzaran diverses tècniques micro-biològiques: tinció de gram i un estudi bioquímic amb determinació de glucosa i de proteïnes. Es realitzarà també un recompte cel·lular. En l'ar-tritis sèptica el líquid articular conté més de 50.000 cèl·lules/ml, amb el 80% de polimorfonuclears, descens de la glucosa i elevació de les pro-teïnes. En l'artritis postinfecciosa (posturetritis, postenteritis) i en l'artritis inflamatòria el líquid presenta entre 1000 i 10.000 cèl·lules per ml amb predomini de polimorfonuclears, i no es modifica la glucosa ni les proteïnes. També haurà d'identificar-se la presència de microcristalls en el líquid articular.

Les radiografies articulars solen aportar poca informació en la fase aguda de la infecció. La gammagrafia òssia amb Tc99, el TAC o la RM es realitzarà en casos de dubte diagnòstica o per confirmar la presència d'una artritis localitzada en articulacions poc accessibles a l'exploració física.

Habitualment tots els pacients amb artritis hauran d'ingressar a l'hospital.

El tractament de l'artritis sèptica es farà en funció del resultat inicial de la tinció de gram del líquid articular, que està disponible en molt poc temps en la gran majoria de pacients. De totes maneres quan no és possible la realització de la tinció de gram o el seu resultat no és concloent, s'ha d'instaurar el tractament empíric amb cloxacil·lina 1-2 g/4 hores i.v.,

més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v., més rifampicina 600-900 mg/24 h, v.o. Davant la sospita d'artritis gonocòccica s'administrarà ceftriaxona 1 g cada 24 hores, i.v., en lloc de rifampicina. En cas d'intolerància als betalactàmics el tractament amb cloxacil·lina es substitueix per vancomicina 1 g cada 12 hores i.v. o teicoplanina 400 mg cada 24 hores, i.v.

Segons la tinció de gram el tractament a escollir serà:

- 1) Cocs grampositius en la tinció de gram: cloxacil·lina 1-2 cada 4 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v.
- 2) Cocs gramnegatius en la tinció de gram (*Neisseria gonorrhoeae*): ceftriaxona 1 g cada 24 hores i.v. Com a alternativa ciprofloxacina 400 mg cada 12 hores i.v., o 750 mg cada 12 hores v.o., o ofloxacina 400 mg cada 12 hores i.v. o v.o.
- 3) Bacils gramnegatius en la tinció de gram: cefepima 2 g/12 hores i.v., més tobramicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v. Com a alternativa imipenem 1 g cada 8 hores i.v., més amikacina 15 mg/kg cada 24 hores i.v.

En la fase inicial ha d'immobilitzar-se l'articulació, i s'ha d'iniciar la mobilització passiva tan aviat com sigui possible. En determinats casos el desbridament serà obligat.

Osteomielitis

L'afectació òssia sol produir-se per contigüitat i, fonamentalment, per via hematògena. El germen més freqüentment aïllat és *S. aureus*, seguit de *P. aeruginosa*, enterobacteris i *Candida*.

El diagnòstic s'ha de sospitar, ja que la lesió òssia habitualment no és visible. A més d'una anàlítica completa i de la pràctica habitual d'hemocultius seriats (medi aerobi i anaerobi, medis per aïllament de micobacteris i fongs) ocasionalment s'ha de realitzar una punció aspiració o una biòpsia a l'afectació òssia. Si existeix la sospita d'osteomielitis, ens serà útil la localització del lloc de la infecció òssia mitjançant la realització d'una gammagrafia òssia amb tecneci 99, ja que és positiva després de 24 a 48 hores. Les radiografies convencionals han de realitzar-se, encara que en la fase aguda no aporten massa informació.

Els pacients amb osteomielitis, o amb sospita d'osteomielitis, hauran d'ingressar a l'hospital.

El tractament inicial sempre serà amb cloxacil-lina 2 g cada 4 hores i.v., més cefepima 2 g cada 12 hores i.v., més gentamicina 3-5 mg/kg cada 24 hores i.v. Com a alternativa vancomicina 1 g cada 12 hores i.v. més amikacina 15 mg/kg cada 24 hores i.v.

L'opció quirúrgica s'ha de reservar per als casos greus i els casos en què no hi ha resposta al tractament.

Endoftalmitis

Es tracta d'una infecció intraocular localitzada habitualment en l'humor vitri. A vegades pot ser ràpidament progressiva, deixant seqüeles irreversibles en menys de 24 hores. El germen més freqüent és *C. albicans*, característic d'addictes a drogues per via parenteral que utilitzen heroïna marró. La clínica pot ser variada, encara que habitualment es caracteritza per alteracions visuals, dolor i signes inflamatoris locals acompanyats o no per febre.

Els pacients han de ser valorats urgentment per l'oftalmòleg i ser ingressats en un hospital amb servei d'oftalmologia.

PACIENTS HOMOSEXUALS

La promiscuïtat sexual i les múltiples parelles faciliten el desenvolupament de malalties de transmissió sexual. Aquestes condicions es donen amb certa freqüència en parelles homosexuals infectades per l'HIV. En aquest apartat analitzarem les malalties de transmissió sexual més freqüents entre els homosexuals, independentment de la seva infecció per l'HIV/sida.

Tenint en compte que les possibilitats d'adquirir infeccions han augmentat, és important realitzar diversos controls entre els pacients homosexuals. En pacients de baix risc de malalties de transmissió sexual es realitzarà un control anual. En pacients d'alt risc (moltes parelles, sexe

amb persones desconegudes, pràctiques sexuals insegures i sense protecció) el control ha de ser trimestral. En cada visita ha de realitzar-se una labor d'educació sanitària per prevenir en tant que possible la transmissió de malalties.

Síndrome intestinal en l'homosexual

És una de les patologies més freqüents i característiques en homosexuals, en ella s'objectiven diverses afeccions en tot el tub digestiu de causa principalment infecciosa. Encara que la simptomatologia no és específica de la població homosexual, es dona freqüentment en aquells pacients que tenen relacions sexuals per via anal-rectal i, per tant, contrauen i també transmeten diverses infeccions per aquesta via.

Les infeccions més freqüents incloses en aquesta síndrome són: la infecció perianal, proctitis (afecció dels 15 cm distal del recte), proctocolitis (per sobre dels 15 cm: recte i còlon) i enteritis. La clínica sol ser variable segons la localització, predominant el dolor local, tenesme, diarrea i restrenyiment, lesions a la pell i mucoses, acompanyat moltes vegades de febre i esgarrifances.

Davant els pacients amb aquesta simptomatologia s'ha de realitzar una exploració física completa i diverses exploracions complementàries:

- Exploració de la cavitat oral (xancre luètic, afectació faríngia per gonococ).
- Valorar les lesions cutànies: descartar la presència de sífilis secundària amb lesions cutànies tipus exantema, amb probable afectació als palmells i les plantes.
- Examen perianal: lesions herpètiques, condiloma acuminat, condiloma pla, xancre sifilític, granuloma inguinal, xancroide.
- Adenopaties inguinals/úlceres perianals: infecció herpètica, sífilis, linfogranuloma veneri, granuloma inguinal i xancroide.
- Anuscòpia: es realitzarà davant la sospita de proctitis. Es recolliran mostres d'exsudat i també de la lesió per a estudi citològic i microbiològic.

- Rectosigmoidoscòpia: en casos de proctocolitis. Davant una mucosa normal amb escassos signes inflamatoris, descartar gonococ, *C. trachomatis*. Davant la presència d'úlceres, descartar virus herpes simple, *Shigella* i *Campylobacter*.
- Biòpsia duodenal: per a la identificació de *G. lamblia*.
- Tinció de gram de la secreció rectal: la presència de múltiples polimorfonuclears suggereix etiologia infecciosa. La identificació de diplococs gramnegatius indica etiologia gonocòccica.
- Cultiu de secreció rectal (també uretra i faringe): eficaç en *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* i virus herpes simple.
- Serologia luètica: ha de sol·licitar-se en tots els casos.
- Coprocultiu: en enteritis, proctocolitis. Sol·licitar cultiu de *Shigella*, *Salmonella* i *Campylobacter*.
- Examen fresc de la femta: per a identificació de paràsits intestinals (*E. histolytica* i *G. lamblia*).
- Toxina de *C. difficile*: ha de realitzar-se en casos seleccionats d'enteritis, quan no hi ha resposta al tractament habitual, pacients que han seguit diversos tractaments antibiòtics, diarrea persistent.
- Microscopi de camp fosc: avaluació de lesions anals i perianals. La immunofluorescència directa per a la detecció de *T. pallidum* permet diferenciar treponemes sapròfits i patògens.

Els microorganismes causals de la síndrome intestinal de l'homosexual són aquells causants de diverses malalties de transmissió sexual que es transmeten fonamentalment per via rectal. Segons la seva localització:

1) Infecció perianal:

- Papil·loma virus humans (condilomes acuminats): és una de les malalties de transmissió sexual més contagiosa, objectivant-se la seva presència en 60% a 70% de població homosexual. Diverses neoplàsies escamoses s'han correlacionat amb la presència de papil·loma virus humà.

- *Treponema pallidum* (xancres, condiloma pla).
 - Virus herpes simple: és la infecció entèrica de transmissió sexual més freqüent en pacients homosexuals.
 - Xancroide (*Haemophilus ducreyi*).
- 2) Proctitis: virus herpes simple, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (linfogranuloma veneri), *T. pallidum*.
 - 3) Proctocolitis: *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolytica*, *C. trachomatis*.
 - 4) Enteritis: *G. lamblia*, *Cryptosporidium*, *I. belli*, *Microsporidium*, etc.

En la relació anterior només s'enumeren els més freqüents. Alguns d'ells són característics de pacients amb sida. Per al metge no habituat a aquest tipus de pacients pot ser complex realitzar el diagnòstic diferencial entre els diversos tipus de microorganismes i afeccions que estem comentant. És per això que convé iniciar habitualment un tractament empíric i remetre el pacient a l'especialista. Quan existeixen criteris de deshidratació i altres símptomes de gravetat, o l'estat basal del pacient sigui d'immunodepressió greu s'ha de valorar l'ingrés hospitalari del pacient.

Per al tractament empíric de les diverses afeccions comentades es seguiran les següents pautes:

- 1) Proctitis: quan no existeixin indicis d'afectació herpètica serà suficient administrar dosis baixes de ceftriaxona i.m. 125-250 mg, per tractar la gonocòccia anal, més doxicil·lina 100 mg cada 12 hores v.o. durant 5 a 7 dies (tractament de *C. trachomatis*).
- 2) Proctitis d'origen herpètic: el virus herpes simple pot afectar diverses zones (àrea perianal, anus i recte). Produeix un intens dolor anal, amb tenesme i restrenyiment. La presència d'úlceres perianals i adenopaties inguinals és molt freqüent. La presència de diversa simptomatologia neurològica (parestèsies sacres, neuràlgia en la zona sacroglútia, dificultat per a la micció, impotència, etc.) és conseqüència de l'afectació radicular al sacre, i de l'espasme reflex de l'afectació anal i rectal. En aquests casos el tractament és amb aciclovir 200 mg v.o. 5 vega-

des al dia, durant 7-14 dies. Si l'afectació és greu o existeix dificultat d'administració oral, s'administrarà aciclovir 5 mg/kg cada 8 hores i.v.

- 3) Proctocolitis: ciprofloxacina 500-750 mg cada 12 hores v.o. entre 5-10 dies. En casos greus el tractament serà ciprofloxacina 200 mg cada 12 hores i.v. En el cas de sospita de *C. trachomatis*, el tractament serà amb doxicil·lina 100 cada 12 hores v.o. Si es sospita *E. histolytica* el tractament serà amb metronidazole 500 mg cada 8 hores, i.v.
- 4) Enteritis: el tractament d'elecció és metronidazole 500 mg cada 8 hores v.o., ja que la majoria dels casos són causats per paràsits.

En tots els casos s'ha d'estudiar i tractar, si és possible, a la parella del pacient.

Epididimitis

L'epididimitis és una afectació inflamatòria de l'epidídim. La simptomatologia més freqüent és dolor i tumefacció a l'escrot, associant-se freqüentment amb disúria i secreció uretral. A vegades és difícil distingir-la de l'uretritis. Si no es tracta ràpidament pot produir-se una orquitis.

Hi ha dos tipus d'epididimitis: epididimitis bacteriana inespecífica (relacionada habitualment amb un episodi de manipulació o alteració estructural subjacent) i epididimitis de transmissió sexual, que és la que començem seguidament.

Els gèrmens més freqüents són *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*. El contacte sexual previ sol ser recent (2 a 5 dies), però s'han vist períodes de latència superiors a un mes. La presència d'*E. coli*, *P. aeruginosa* i altres enterobacteris sol ser inferior.

El diagnòstic clínic ha de sospitar-se davant la simptomatologia comentada. Es realitzarà una anàlisi general bàsica i un estudi microbiològic de la secreció uretral i del sediment d'orina: es realitzarà tinció de gram, urocultiu i cultiu de la secreció uretral. Mitjançant tècniques d'ELISA es realitzarà la detecció de l'antigen de *C. trachomatis* en la secreció uretral.

L'ecografia testicular serà d'ajuda quan existeixin dubtes diagnòstics. En casos d'abscess, el diagnòstic serà més ràpid i es podrà fer un millor seguiment evolutiu de la lesió.

La punció de l'epidídim es realitzarà excepcionalment en els casos sense resposta al tractament convencional.

El tractament empíric constarà de ceftriaxona 250 mg i.m., una sola dosi, més doxicil·lina 200 mg, v.o. durant 7 a 10 dies. Habitualment no és necessari l'ingrés hospitalari, que queda reservat per a aquells casos més greus.

Uretritis

Els símptomes més freqüents són la disúria i la secreció uretral. També pot haver-hi dolor, pruija, pol·laciúria i urgència miccional. Els gèrmens són els mateixos que s'han comentat a l'apartat anterior. Existeixen altres causes menys freqüents com *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, virus herpes simple, *Candida*, etc.

L'estudi de la secreció uretral és bàsic. Quan no s'obté material, la mostra s'obté introduint un escovilló d'1 a 2 cm a la uretra. És convenient que el pacient no orini hores abans de la realització d'aquesta tècnica, ja que el raig miccional pot negativitzar estudis posteriors. Els estudis microbiològics seran els mateixos que hem descrit a l'apartat anterior.

Han de descartar-se altres malalties de transmissió sexual en els pacients amb uretritis, mitjançant una exploració física detallada, i analitzant les possibles lesions cutaneomucoses que s'objectiven.

Pel que fa al tractament inicial serà el mateix que en el cas de l'epididimitis: ceftriaxona 250 mg i.m. una sola dosi més doxicil·lina 200 mg v.o. durant 7-10 dies. Quan no hi ha millora clínica amb el tractament empíric inicial s'ha de descartar la presència d'una probable infecció herpètica, condilomes, xancre luètic, etc. També s'ha de tenir en compte la presència de *Trichomonas* o *U. urealyticum* resistents a les tetraciclins (doxicil·lina). En aquests casos pot administrar-se metronidazole 2 g en monodosi única més ofloxacina 200 mg cada 2 hores v.o. durant 7 dies.

Han de tractar-se les parelles sexuals i evitar la transmissió de la infecció actual utilitzant preservatiu.

Lesions genitals

Són diverses les lesions que podem trobar en els pacients homosexuals. Cal tenir-les en compte, ja que la majoria són de poca gravetat i responen correctament al tractament. Algunes lesions cutànies poden ser una de les primeres manifestacions de malalties sistèmiques. Seguidament s'anitzaran diversos tipus de lesions i quins són els seus agents causals.

Úlceres genitals

Virus herpes simple

Les lesions característiques són les vesícules, pústules i úlceres eritematoses i doloroses. El seu tractament consisteix en aciclovir 200 mg 5 vegades al dia durant 7 dies, o famciclovir 250 mg cada 8 hores durant 7 dies, o valaciclovir 1 g cada 12 hores v.o. durant 7 dies. Ocasionalment aquests tractaments han d'allargar-se 10 o 15 dies. En els casos més greus, amb alteració important de l'estat general o afectació oral o/i esofàgica, el tractament s'ha de donar inicialment via endovenosa: aciclovir 5-10 mg/kg cada 8 hores durant 7 dies. Les recidives solen ser molt freqüents (80% a 90%). El tractament serà semblant al descrit, encara que es redueix a 5 dies. Per prevenir les recurrències, en aquells pacients amb més de sis episodis a l'any, administrarem aciclovir 400 mg cada 12 hores.

Treponema pallidum

La sífilis primària i la secundària poden causar diverses lesions cutànies, així com altres manifestacions generals. La sífilis primària es manifesta per un xancre (pàpula indolora amb una úlcera i induració). En homes homosexuals sol aparèixer en el conducte anal, el recte i el penis. Després d'una setmana apareixen adenopaties inguinals bilaterals. La sífilis

secundària produeix una reacció maculopapulosa que evoluciona formant pústules que afecten el palmell i la planta. En les zones intertriginoses les pàpules són més grans i produeixen lesions humides de color rosat o blancgriseses, anomenades condilomes plans, que són molt contagiosos. El tractament d'elecció de la sífilis primària i secundària és la penicil·lina benzatina 2,4 milions d'unitats i.m. en mododosi única. La doxicil·lina 100 mg cada 12 hores durant 14 dies serà l'elecció en els casos d'al·lèrgia comprovada a la penicil·lina. En casos de sífilis tardana o sífilis terciària, es repetirà el mateix tractament amb penicil·lina durant 3 setmanes (3 dosis totals de penicil·lina benzatina).

Chlamydia trachomatis

La serovarietat L de *C. trachomatis* produeix el limfogranuloma veneri. Característicament mostra una lesió única, petita i indolora a nivell genital. La propagació de la infecció des del principi als ganglis regionals produeix una limfadenitis. El tractament del limfogranuloma veneri és la doxicil·lina 100 mg cada 12 hores v.o. un mínim de 3 setmanes.

Xancre tou o xancroide

És causat per *H. ducreyi*, es tracta d'una úlcera genital dolorosa amb adenopaties inguinals, que a vegades poden produir abscessos. El tractament d'elecció és amb azitromicina 1 g v.o. en monodosi, o ceftriaxona 250 mg i.m. també en una sola dosi. En casos d'abscessos s'haurà d'optar pel tractament quirúrgic.

Calymmatobacterium granulomatis

És el causant del granuloma inguinal o donovanosi. Produeix una lesió inicial del tipus úlcera no dolorosa, amb poca afectació ganglionar, que pot cronificar-se. El tractament és amb doxicil·lina 100 mg cada 12 hores v.o. durant 3 setmanes, encara que ocasionalment haurà d'allargar-se. S'ha de tractar també els contactes.

Pàpules i tumoracions a la zona genital

Poxvirus (Molluscum contagiosum)

Pàpules petites umbilicades, que en els pacients amb sida són més grans i afecten una superfície corporal més gran. El tractament habitual és la cauterització.

Papil·loma virus (condilomes acuminats)

El virus del papil·loma humà afecta fonamentalment la pell i les mucoses. Les infeccions solen ser asimptomàtiques, encara que poden associar-se a diverses afeccions benignes o malignes. Els condilomes acuminats es transmeten sexualment i tenen un període d'incubació entre 1 i 6 mesos. Solen produir lesions exofítiques, amb superfície papil·lomatososa en forma de coliflor.

Existeix una clara associació entre el virus papil·loma humà i el carcinoma de coll uterí, així com el carcinoma epidermoide, la displàsia de penis, anus, vagina i vulva.

El tractament habitual és amb podofil·lí al 0,5% o imiquimod al 5%. També s'ha aplicat l'interferó intralesional. Una altra possibilitat és la crioteràpia amb nitrogen líquid. Ha de consultar-se al dermatòleg.

Altres afeccions relacionades amb el contacte sexual

Sarna. Sarcoptes scabiei

Produeix pàpules eritematoses predominantment als genitals. Lesions semblants a un solc preferentment als canells. Pot haver-hi hiperqueratosi en persones immunodeprimides en zones distals de les extremitats (sarna noruega). La pruija nocturna és el símptoma predominant. Pot haver-hi nòduls indurats a la zona genital. El tractament d'elecció és la permetrina al 5% en crema, aplicada per tot el cos, eliminant-la després de 6 a 8 hores.

Pediculosi del pubis o lladelles. *Phthirus pubis*

Pruïja i excoriacions a la zona genital. És típica l'afectació de les cel·les i les axil·les. El diagnòstic es fa per la visualització del paràsit o dels seus ous o excrements, en forma de lesions negreses i puntiformes en els genitals o en la roba interior del pacient. El tractament és amb permetrina al 1,5% tòpica aplicada a les zones afectades.

ADRECES D'INTERÈS A INTERNET

Seguidament s'exposen alguns dels portals d'internet de les associacions i publicacions més importats relacionades amb les malalties infeccioses. Des d'aquestes pàgines es pot accedir a informació actualitzada referent als temes que s'han exposat en aquest capítol.

- <http://www.acmcb.es/societats/microbio/index.htm>
(Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica)
- <http://www.cdc.gov>
[Centre de Control i Prevenció de Malalties. Estats Units (CDC)]
- <http://www.fda.gov/oashi/aids/>
(Agència Americana del Medicament. Informació sobre la sida)
- <http://www.idsociety.org>
(Societat americana de malalties infeccioses)
- <http://www.msc.es/sida/principal.htm>
(Informació sobre sida. Ministerio de Sanidad y Consumo)
- <http://www.mir.es/pnd/>
(Plan Nacional sobre las drogas)
- <http://www.seimc.org>
(Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)