

REVISION 1987 DE LA DEFINICION CDC/OMS DE CASOS DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)¹

Definición del SIDA

La definición clínica y biológica del SIDA se modifica a medida que se acumulan datos sobre la gama de manifestaciones clínicas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se elaboran pruebas de laboratorio específicas para detectar la infección por el VIH y la presencia de una deficiencia inmunitaria.

La primera definición de casos de SIDA fue establecida en 1982 por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América y adoptada en 1985 por la OMS.² Sin embargo, su aplicación requiere una capacidad de laboratorio (cultivo, histología o ambos) de gran complejidad. Puesto que la mayoría de los países en desarrollo carecen de esta capacidad, se hizo necesario buscar una definición del SIDA que permitiera emitir un diagnóstico clínico con la mayor precisión posible. Como resultado de un taller realizado en 1985 en Bangui, República Centroafricana, la OMS estableció una definición clínica del SIDA en África.

Los casos de SIDA notificados a la OMS se aceptan como tales si satisfacen la definición CDC/OMS o la definición clínica de la OMS.

A fines de 1987, la definición de los CDC fue revisada para destacar la importancia de la infección por el VIH, añadir nuevas enfermedades indicadoras y admitir un diagnóstico presuntivo de algunas de esas enfermedades. La nueva definición fue estudiada por los centros colaboradores y las oficinas regionales de la OMS y posteriormente aceptada por la Organización. Aunque todavía no se sabe qué repercusión pueda tener la nueva definición CDC/OMS en el número de casos de SIDA notificados, se espera que sea más bien leve.

¹ La versión original de este documento aparece en inglés y francés en *Wkly Epidemiol Rec — Relevé épidém hebdomadaire* 63(1/2):1-7, 1988.

² Véase *Wkly Epidemiol Rec — Relevé épidém hebdomadaire* 61(10):69-73, 1986.

Aspectos principales de la definición del SIDA, CDC/OMS 1987

□ Las enfermedades especificadas en la definición de 1985 siguen siendo aceptables para identificar casos de SIDA, siempre y cuando se hayan diagnosticado con métodos confiables y se hayan descartado otras causas de inmunodeficiencia. En los casos que satisfacen estas condiciones no es necesario demostrar la infección por el VIH en el laboratorio (véase la sección I.A y B).

□ La presencia de infección por el VIH ocupa un lugar de mayor importancia en el diagnóstico del SIDA. Para los pacientes en quienes la infección por el VIH se ha confirmado en el laboratorio, el diagnóstico definitivo de alguna de las 12 enfermedades indicadoras adicionales satisface la nueva definición ampliada del SIDA. Entre estas figuran la demencia y el síndrome de emaciación o "enfermedad del enflaquecimiento" (véase la sección II.A).

□ Para los pacientes en quienes la infección por el VIH se ha confirmado en el laboratorio, la nueva definición permite el diagnóstico presuntivo de algunas de las enfermedades indicadoras (véase la sección II.B).

□ Para efectos de vigilancia, el diagnóstico de SIDA generalmente no se acepta si las pruebas de laboratorio para la infección por el VIH dan resultados negativos. No obstante, se han previsto ciertas disposiciones para el diagnóstico de SIDA en algunos pacientes cuyas pruebas de laboratorio para la infección por el VIH dan resultados negativos (véase la sección III).

Revisión 1987 de la definición CDC/OMS de casos de SIDA para fines de vigilancia

Para fines de notificación en los países, el caso de SIDA se define como una enfermedad que se caracteriza por una o más de las siguientes afecciones "indicadoras", dependiendo de si se ha comprobado o no en el laboratorio que existe infección por el VIH, como se indica a continuación.

I. Infección por el VIH no confirmada por el laboratorio. Si no se han realizado pruebas de laboratorio para detectar la infección por el VIH o los resultados no son concluyentes (véase el apéndice I) y el paciente no presenta otra causa de inmunodeficiencia tal como las que se incluyen en la sección I.A, cualquiera de las enfermedades inscritas en la sección I.B indican SIDA, siempre que esa enfermedad haya sido diagnosticada por un método definitivo (véase el apéndice II).

A. Causas de inmunodeficiencia que descalifican a las enfermedades como indicadores del SIDA cuando no se ha comprobado en el laboratorio que existe infección por el VIH

1. Tratamiento sistémico prolongado o en dosis elevadas con corticosteroides o con otros inmunosupresores/citotóxicos dentro de los 3 meses que preceden al inicio de la enfermedad indicadora.

2. Cualquiera de las enfermedades que se indican a continuación, diagnosticada dentro de los 3 meses que siguen al diagnóstico de la enfermedad indicadora: enfermedad de Hodgkin, linfoma distinto al de Hodgkin (que no sea linfoma primario del encéfalo), leucemia linfocítica, mieloma múltiple, cualquier otro cáncer de los tejidos linforreticular o histiocítico, o linfadenopatía angioinmunoblástica.

3. Síndrome de inmunodeficiencia genética (congénita) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida no típico de la infección por el VIH, tal como el relacionado con hipogamaglobulinemia.

B. Enfermedades indicadoras diagnosticadas en forma definitiva (véase el apéndice II)

1. Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.

2. Criptococosis extrapulmonar.

3. Criptosporidiosis con diarrea que persiste durante más de un mes.

4. Enfermedad por citomegalovirus de un órgano que no sea el hígado, el bazo o los ganglios linfáticos en un paciente de más de un mes de edad.

5. Infección por el virus del herpes simple productora de una úlcera mucocutánea que persiste más de un mes; o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración en un paciente de más de un mes de edad.

6. Sarcoma de Kaposi en un paciente de menos de 60 años de edad.

7. Linfoma (primario) del encéfalo en un paciente de menos de 60 años de edad.

8. Neumonía intersticial linfoide o hiperplasia pulmonar linfoide, o ambas (complejo NIL/HPL) en un niño de menos de 13 años de edad.

9. Enfermedad causada por el complejo *Mycobacterium avium* o por *M. kansasii*, diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

10. Neumonía por *Pneumocystis carinii*.

11. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

12. Toxoplasmosis del encéfalo en un paciente de más de un mes de edad.

II. Infección por el VIH confirmada por el laboratorio. *Independientemente de que estén presentes otras causas de inmunodeficiencia (I.A), si la infección por el VIH ha sido comprobada por el laboratorio (véase el apéndice I), cualquiera de las enfermedades enumeradas en las secciones I.B, II.A o II.B indica un diagnóstico de SIDA.*

A. Enfermedades indicadoras diagnosticadas en forma definitiva (véase el apéndice II)

1. Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes (cualquier combinación de al menos 2 infecciones en un período de 2 años) de los tipos siguientes, en un niño menor de 13 años de edad: septicemia, neumonía, meningitis, infección ósea o articular, o absceso en un órgano interno o una cavidad corporal (se excluyen la otitis media y los abscesos superficiales de la piel o mucosas) causadas por *Haemophilus*, *Streptococcus* (incluso neumococos) u otra bacteria piógena.

2. Coccidioidomicosis diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

3. Encefalopatía por el VIH (llamada también "demencia causada por el VIH", "demencia del SIDA" o "encefalitis subaguda debida al VIH") (véase la descripción en el apéndice II).

4. Histoplasmosis diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones o a los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

5. Isosporosis con diarrea que persiste más de un mes.

6. Sarcoma de Kaposi en un paciente de cualquier edad.

7. Linfoma (primario) del encéfalo en un paciente de cualquier edad.

8. Linfoma de células B distinto al de Hodgkin o de fenotipo inmunitario desconocido y de los tipos histológicos siguientes:

a. linfoma de células pequeñas no hendidas (tipo Burkitt o distinto al de Burkitt);

b. sarcoma inmunoblástico (equivalente a cualquiera de los tipos siguientes, no necesariamente asociados: linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado difuso, o linfoma de grado alto).

Nota: Los linfomas no se incluyen en esta lista si pertenecen al fenotipo inmunitario de células T, si su tipo histológico no se ha descrito o si se describe como "linfocítico", "linfoblástico", "de células pequeñas hendidas", o "linfoplasmacitoide".

9. Cualquier enfermedad causada por micobacterias distintas a *M. tuberculosis*, diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones, la piel o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

10. Enfermedad causada por *M. tuberculosis*, extrapulmonar (que comprenda al menos una localización distinta a los pulmones, independientemente de que estos estén o no afectados).

11. Septicemia recurrente por *Salmonella* (no tifoidea).

12. Síndrome de emaciación del VIH (consunción, "enfermedad del enflaquecimiento") (véase la descripción en el apéndice II).

B. Enfermedades indicadoras cuyo diagnóstico es presuntivo (diagnosticadas por un método distinto a los que se enumeran en el apéndice II)

Nota: Dada la gravedad de las enfermedades indicadoras del SIDA, generalmente es importante que se diagnostiquen en forma definitiva, en particular cuando el tratamiento aplicable puede tener efectos secundarios

graves o cuando el diagnóstico definitivo es necesario para justificar el tratamiento antirretrovírico. No obstante, puede darse el caso de que el estado del paciente no permita realizar pruebas definitivas. En otras circunstancias, puede ser una práctica clínica admisible emitir un diagnóstico presuntivo basado en la presencia de anomalías clínicas y de laboratorio características. En el apéndice III se proponen lineamientos para el diagnóstico presuntivo.

1. Candidiasis del esófago.
2. Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión.
3. Sarcoma de Kaposi.
4. Neumonía intersticial linfóide o hiperplasia pulmonar linfóide o ambas (complejo NIL/HPL) en un niño menor de 13 años de edad.
5. Enfermedad micobacteriana (bacilos acidorresistentes de especie no identificada mediante cultivo), diseminada (al menos en una localización distinta o adicional a los pulmones, la piel o los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
6. Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
7. Toxoplasmosis del encéfalo en un paciente mayor de un mes de edad.

III. Si las pruebas de laboratorio indican que no es una infección por el VIH. Cuando los resultados de las pruebas de laboratorio para detectar el VIH son negativos (véase el apéndice I), el diagnóstico de SIDA para fines de vigilancia se excluye *a menos que*:

A. todas las causas de inmunodeficiencia enumeradas en la sección I.A se hayan excluido; Y

B. el paciente haya tenido:

1. neumonía por *Pneumocystis carinii* diagnosticada por un método definitivo (véase el apéndice II); O
2. a. cualquiera de las otras enfermedades indicadoras de SIDA enumeradas en la sección I.B y diagnosticadas por un método definitivo (véase el apéndice II); Y
- b. un número de linfocitos T auxiliares/inductores (CD4) inferior a 400/mm³.

APENDICE I

Resultados de laboratorio positivos y negativos para infección por el VIH

1. Resultados que indican infección por el VIH. Cuando un paciente sufre una enfermedad compatible con el diagnóstico de SIDA:

a. una muestra de suero obtenida de un paciente de 15 o más meses de edad o de un niño menor de 15 meses del cual se cree que la madre no tuvo una infección por el VIH durante el período perinatal, que da resultados positivos repetidos a los anticuerpos del VIH en una prueba de selección (p. ej., el ensayo de inmunosorbencia enzimática, ELISA), siempre que las pruebas ulteriores para anticuerpos del VIH (p. ej., ensayos de inmunotransferencia [Western blot] o de inmunofluorescencia), si se realizan, sean positivas; O

b. una muestra de suero obtenida de un niño menor de 15 meses de edad del cual se cree que la madre tuvo una infección por el VIH durante el período perinatal, que da resultados positivos repetidos a los anticuerpos del VIH en una prueba de selección (p. ej., ELISA), más un aumento de la concentración sérica de inmunoglobulinas y que en las pruebas inmunológicas presenta al menos uno de los resultados anormales siguientes: reducción del número absoluto de linfocitos, reducción del número de linfocitos CD4 (T auxiliares) o reducción de la proporción CD4/CD8 (auxiliares/supresores), siempre que las pruebas ulteriores para los anticuerpos del VIH (p. ej., ensayos de inmunotransferencia [Western blot] o inmunofluorescencia), si se realizan, sean positivas; O

c. un resultado positivo en la prueba para el antígeno sérico del VIH; O

d. un cultivo positivo del VIH, confirmado por detección de la transcriptasa inversa además de una prueba específica para el antígeno del VIH o confirmado mediante una prueba de hibridación *in situ* utilizando una sonda de ácido nucleico; O

e. un resultado positivo en cualquiera otra prueba de alta especificidad para el VIH (p. ej., la sonda de ácido nucleico en los linfocitos de sangre periférica).

2. Resultados que no indican infección por el VIH. Una prueba de tamizaje para los anticuerpos contra VIH en el suero (p. ej., ELISA) no reactiva y ausencia de reactividad o resultados positivos en cualquiera otra prueba que se haya efectuado para detectar la infección por el VIH (p. ej., anticuerpos, antígeno, cultivo).

3. Resultados no concluyentes.

a. una reacción repetida a la prueba de detección del anticuerpo contra el VIH en el suero (p. ej., ELISA), seguida de un resultado negativo o no concluyente a una prueba complementaria (p. ej., ensayos de inmunotransferencia [Western blot] o inmunofluorescencia), en ausencia de resultados positivos al cultivo del VIH o a la prueba para detectar el antígeno en el suero, si se han efectuado; O

b. muestra de suero de un niño menor de 15 meses de edad, del cual se cree que la madre tuvo una infección por el VIH durante el período perinatal, con resultado repetidamente reactivo a una prueba de selección para detección de anticuerpos contra el VIH, aun cuando las pruebas complementarias sean positivas, si no se cuenta con pruebas adicionales de inmunodeficiencia (tal como se describen en la sección 1.b) ni resultados positivos al cultivo del VIH o a la prueba de antígeno en el suero, si se han efectuado.

APENDICE II

Métodos de diagnóstico definitivos para las enfermedades indicadoras del SIDA

Enfermedades	Métodos de diagnóstico definitivos
Criptosporidiosis Infección por citomegalovirus Isosporosis Sarcoma de Kaposi Linfoma Neumonía o hiperplasia linfoide Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> Leucoencefalopatía multifocal progresiva Toxoplasmosis	Examen microscópico (histológico o citológico).
Candidiasis	Examen macroscópico mediante endoscopia o autopsia, o examen microscópico (histológico o citológico) de una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados (incluso raspados de las mucosas) y no de un cultivo.

Coccidioidomicosis Criptococosis Infección por herpes simple Histoplasmosis	}	Examen microscópico (histológico o citológico), cultivo o detección del antígeno en una muestra obtenida directamente de los tejidos afectados o del líquido de dichos tejidos.
Tuberculosis Otras micobacteriosis Salmonelosis Otra infección bacteriana	}	Cultivo.
Encefalopatía por el VIH* (demencia)		Signos clínicos de disfunción cognoscitiva y/o motora discapacitante que dificulta las actividades ocupacionales o de la vida cotidiana, o desaparición de las etapas normales de desarrollo del comportamiento en un niño, que evoluciona en el lapso de varias semanas a varios meses, en ausencia de una enfermedad o estado concomitante que no sea la infección por el VIH y que pueda explicar los trastornos observados. Tales enfermedades o estados concomitantes deben ser descartados mediante examen del líquido cefalorraquídeo y del encéfalo por técnicas de diagnóstico por imagen (tomografía computarizada o resonancia magnética) o autopsia.
Síndrome de emaciación del VIH*		Considerable pérdida de peso involuntaria superior a 10% del peso corporal de base, más diarrea crónica (al menos 2 deposiciones sueltas diarias durante 30 o más días) o astenia crónica y fiebre comprobada (durante 30 o más días, intermitente o constante) en ausencia de una enfermedad o estado concomitante que no sea la infección por el VIH y que pueda explicar los trastornos observados (p. ej., cáncer, tuberculosis, criptosporidiosis u otra enteritis específica).

* Los métodos de diagnóstico aquí indicados para la encefalopatía y el síndrome de emaciación debidos al VIH no son verdaderamente definitivos, pero son suficientemente rigurosos para fines de vigilancia.

APENDICE III

Guías propuestas para el diagnóstico presuntivo de las enfermedades indicadoras de SIDA

Enfermedades	Criterios de diagnóstico presuntivo
Candidiasis del esófago	a. Aparición reciente de dolor retroesternal al deglutir; Y b. candidiasis oral diagnosticada a simple vista por la presencia de manchas o placas blancas sobre una base eritematosa, o microscópicamente, por la presencia de filamentos micélicos fungosos en una muestra no cultivada del raspado de la mucosa bucal.
Retinitis por citomegalovirus	Aspecto característico observable en exámenes oftalmoscópicos consecutivos (p. ej., manchas blancas bien delimitadas en la retina, de bordes nítidos, que se extienden en forma centrífuga siguiendo los vasos sanguíneos, evolucionan por varios meses y se asocian frecuentemente con vasculitis, hemorragia y necrosis retinianas). La resolución de la enfermedad activa deja cicatrices y atrofia retinianas con moteado del epitelio por el pigmento retiniano.
Micobacteriosis	Examen microscópico de una muestra de heces o de líquidos corporales o tejidos normalmente estériles de un sitio distinto a los pulmones, piel o ganglios linfáticos cervicales o hiliares, que revela la presencia de bacilos acidorresistentes de una especie no identificada mediante cultivo.
Sarcoma de Kaposi	Aspecto característico observable a simple vista que consiste en lesiones en forma de placas eritematosas o violáceas en la piel o mucosas. (Nota: Los clínicos que tienen poca experiencia en la observación de estas lesiones no deben intentar el diagnóstico presuntivo del sarcoma de Kaposi.)
Neumonía intersticial linfoide	Infiltrados pulmonares intersticiales reticulonodulares bilaterales visibles mediante radiografía, por 2 o más meses, sin que se haya identificado el agente patógeno y con respuesta nula al tratamiento con antibióticos.

Neumonía por
Pneumocystis carinii

- a. Antecedentes de disnea de esfuerzo o de tos no productiva de aparición reciente (dentro de los 3 meses anteriores); Y
- b. infiltrados intersticiales bilaterales difusos visibles mediante radiografía o neumopatía bilateral difusa visible mediante escintigrafía con galio; Y
- c. análisis de los gases en sangre arterial que muestre un pO_2 arterial inferior a 70 mm Hg o una capacidad de difusión respiratoria baja (menos de 80% de los valores previstos), o un aumento en el gradiente alveoloarterial de presión del oxígeno; Y
- d. ningún indicio de neumonía bacteriana.

Toxoplasmosis
del encéfalo

- a. Aparición reciente de una anomalía neurológica focal compatible con enfermedad intracraneal, o disminución de la conciencia; Y
- b. detección de una lesión cerebral con efecto de masa por técnica de imagen (tomografía computadorizada o resonancia magnética nuclear) o de una lesión cuyo aspecto radiográfico se realza mediante la inyección de un medio de contraste; Y
- c. presencia en el suero de anticuerpos contra la toxoplasmosis o respuesta positiva al tratamiento para la toxoplasmosis. ☐

UN MUNDO SIN VIRUELA¹

El 26 de octubre de 1987 se cumplieron diez años de la erradicación total de la viruela de la faz de la Tierra, hecho que representa uno de los hitos más sobresalientes en el campo de la salud pública logrados en el siglo XX. En este lapso se destacan varios hechos incontrovertibles: la viruela está definitivamente erradicada; no ha sido reemplazada por ninguna otra enfermedad causada por poxvirus; se han evitado millones de muertes y de casos de ceguera y desfiguramiento; como resultado de la erradicación, cada año de este decenio se han ahorrado entre \$US 1 000 y 2 000 millones, los cuales se necesitaban con urgencia para resolver otros problemas de salud.

Evidentemente, la victoria sobre la viruela tiene repercusiones que rebasan con creces el ámbito de una enfermedad. Por una parte, representa un ejemplo muy notable de lo que puede

¹ Basado en el artículo de Jezek, Z. Ten years without smallpox. *WHO Features* No. 112, octubre de 1987, y en el boletín de prensa WHO/27, del 23 de octubre de 1987.