

¿Podemos esperar un brote de SIDA en Europa?

Comenzando por el final, conviene aclarar que en estos momentos, al escribir estas líneas, julio de 1983, la situación en Europa occidental tomada en su conjunto parece remedar exactamente la de los Estados Unidos hace dos años: se han descrito 100 o más casos del denominado síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). No pueden darse precisiones mayores puesto que todavía no existe un organismo o comisión de ámbito europeo para el registro centralizado de los casos, coordinación de esfuerzos y proyectos de investigación y uniformización de encuestas clínicas y epidemiológicas. Más aún, tampoco existe en la mayoría de los países europeos un seguimiento oficial por parte de los organismos responsables de la salud pública, a excepción de Francia* y del Reino Unido de Gran Bretaña**. Estos dos puntos se juzgaron como muy convenientes en una reunión de un grupo europeo de trabajo sobre SIDA/sarcoma de Kaposi, celebrada recientemente en Nápoles¹. Conviene también señalar de entrada que en Francia, concretamente en la región parisina, se han registrado oficialmente 59 casos desde marzo de 1982, con una presentación cuyo incremento ha sido de tipo exponencial.

Antes de proseguir debo confesar que no me es fácil sustraerme al hecho de que los medios de comunicación social, "ávidos" por cualquier "noticia" sobre dicho síndrome, pueden extrapolar fuera de su contexto cualquier comentario, clínico, epidemiológico y convertirlo en "noticias sensacionalistas" que conduzcan a un alarmismo social tan gratuito como contraproducente. Las "noticias" muchas veces tienen poco que ver con la información veraz y reflexiva de hechos y problemas nuevos.

Las noticias alarmistas se desataron cuando se dio la visión frívola y bastante infundada de que el SIDA era una enfermedad propia y exclusiva de ciertas comunidades gay con prácticas sexuales muy promiscuas***—se le llegó a llamar, estúpidamente, la "plaga gay"—, y tuvo que ser abandonada al comprobarse que el SIDA, si bien los hombres homosexuales si-

guen siendo el grupo de riesgo principal, aparecía también en otros grupos sociales y étnicos no homosexuales, como heroinómanos, residente haitianos en EE.UU., hemofílicos, mujeres, parejas sexuales estables de hombres heroinómanos con SIDA, hijos de madres haitianas con y sin SIDA, receptores de transfusiones de sangre sin pertenecer a ningún grupo de riesgo. Este conjunto de hechos ha reforzado la teoría de que el SIDA es causado por un agente infeccioso transmisible, probablemente vírico; teoría que en la actualidad es sustentada y utilizada como hipótesis de trabajo por la mayoría de los centros e investigadores implicados en este síndrome (como el propio CDC*), aunque, desde luego, muy lejos todavía de estar probada.

En los Estados Unidos ha habido algún reportaje aparecido en un prestigioso semanario mundial, modélico por su objetividad y ejemplo a seguir por los periodistas que realmente deseen informar a los ciudadanos, y no tan sólo "vender papel" o captar audiencia audiovisual para escalar puestos de preeminencia y poder dentro de las empresas periodísticas o radiotelevisivas. Este tipo de reportajes, con una información muy reflexiva además de exhaustiva, es ejemplar porque contribuye a borrar el abismo que por desgracia existe entre los conocimientos de los especialistas y los de la llamada opinión pública. Sin embargo, han predominado las informaciones "sensacionalistas" y como consecuencia de ello se están produciendo en EE.UU. algunas reacciones de pánico y de xenofobia social, tan injustas como gratuitas.

Es de desear que en Europa, sea cual sea la evolución que aquí experimente esta epidemia iniciada en los EE.UU. se eviten este tipo de prácticas informativas, tanto por parte de los profesionales e investigadores de las ciencias de la salud como por los propios periodistas, quienes deben ser conscientes de la gran responsabilidad social de su profesión. Piénsese que la carga ideologizante de algunos de los rasgos epidemiológicos más sobresalientes del SIDA es tan grande, que la fobia social contra algunos de los grupos de riesgo está ya siendo utilizada en los EE.UU. por tendencias políticas muy concretas; carga ideológica que además puede verse reflejada incluso en las cartas al director de una de las más prestigiosas revistas científicas (*Nature* 2, junio, 1983; 371).

Veamos ahora qué ocurrió en Estados Unidos, punto de origen de esta historia, para recapitular algunos datos esenciales del problema.

En los meses de junio y julio de 1981, los Centers for the Diseases Control** (CDC) de Atlanta, EE.UU., a través de su boletín semanal, el *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), alertaron a los

* Brunet J.B. Bureau d'Epidémiologie. Sous-Direction de la Prévention Générale et de l'Environnement. Direction Générale de la Santé. 8, Avenue de Ségur, 75700 Paris, France.

** O'Connor BH. Communicable Disease Surveillance. Centre 61. Colindale Avenue, London NW9 5EQ. Inglaterra.

*** Promiscuidad se utiliza aquí sin ninguna connotación peyorativa, sólo por economía de lenguaje, para indicar contactos sexuales extraordinariamente frecuentes, con múltiples y distintas parejas, con modos y formas de relación sexual generalmente inaceptables para la mayoría de parejas heterosexuales estables.

* Center for the Diseases Control. Atlanta, EE.UU.

** *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for the Diseases Control. Atlanta, Georgia 30333. EE.UU.

médicos americanos acerca de una sorprendente incidencia de neumonías por *Pneumocystis carinii* (PC) y/o sarcoma de Kaposi (SK) en hombres jóvenes blancos americanos homosexuales sin ningún antecedente de enfermedad personal o familiar que pudiera comportar un estado de inmunodeficiencia, y sin ningún antecedente de tratamiento con medicamentos inmunosupresores tales como corticoides o citostáticos que pudieran justificar la aparición de aquellas situaciones clínicas. Los primeros casos se habían comenzado a observar en 1979.

Conviene recordar que antes de estas fechas la neumonía por PC era una rareza, observada principalmente, sino exclusivamente, en niños con inmunodeficiencias primarias o adultos sometidos a intensos tratamientos inmunosupresores. A su vez el SK presentaba una incidencia de 0,02-0,06/100.000 habitantes/año, cuya forma clásica en EE.UU. y en Europa presentaba un curso relativamente benigno, con una afección muy localizada, principalmente en extremidades inferiores, y cuya presentación en hombres de edad inferior a 60 años era insólita y prácticamente privativa de algunos pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores. Por el contrario, el SK observado en estos pacientes homosexuales tenían rasgos similares a la variante africana, de especial prevalencia en ciertas regiones de África ecuatorial, y cuyas características son las de una mayor agresividad con afección diseminada y linfopática y de presentación en hombres más jóvenes.

Más tarde se fueron reconociendo otras muchas infecciones oportunistas (IO) graves causadas por otros protozoos además del PC (aunque éste siga siendo el más frecuente) así como por hongos, virus, micobacterias atípicas, o formas diseminadas, miliares de *M. tuberculosis*. El reconocimiento de que estas condiciones clínicas reflejaban un grave déficit de la respuesta inmune mediada por células T es lo que condujo a la denominación de SIDA.

De lo observado en EE.UU. conviene retener algunos puntos importantes.

Inicialmente los casos procedían sólo de dos áreas muy localizadas: Nueva York y California. Ello indica ya, en principio, que los agentes causales o de riesgo no estaban distribuidos al azar en toda la comunidad homosexual de EE.UU. o de Europa, tomada en su conjunto. Actualmente, con más de 1.200 casos en EE.UU., el 70 % de ellos sigue procediendo de estas dos áreas aunque se ha extendido ya a otros 33 estados. Sigue confirmándose el carácter epidémico de este síndrome, es decir, ha existido un crecimiento exponencial en la incidencia de los casos, que según datos del CDC ha evolucionado así: enero de 1981, 73; diciembre de 1981, 160; junio de 1982, 290; enero de 1983, 788; junio de 1983, 1.450. Ahora, la media diaria de nuevos casos declarados es de 4-5, y el número total de los casos se dobla cada 5-6 meses, con una estimación previsible para 1985 de 20.000 casos. Los grupos de riesgo en EE.UU. son cuatro. Así de los 1.450 casos en junio de 1983, la distribu-

ción de las víctimas por grupos sociales o étnicos es la siguiente: 71% hombres homosexuales y bisexuales; heroínómanos 17%; inmigrantes de Haití en EE.UU. 5,2%; hemofílicos 0,8%; y el 5,8 restante sin pertenecer a los grupos anteriores. Las víctimas no son sólo hombres blancos; hay también negros (*hispanic*) (20%), así como mujeres, aunque sólo en un 5%.

Recientes observaciones sugieren que el SIDA puede transmitirse no sólo por contactos homosexuales sino también por contactos heterosexuales así como por transfusiones ordinarias de sangre o por derivados del plasma o por transfusiones de plaquetas. Además, el SIDA ha aparecido también en hijos de madres haitianas con o sin SIDA. Pueden considerarse, por tanto, como grupos de riesgo potenciales aquellas personas parejas sexuales (hombres o mujeres) de pacientes con SIDA, o de personas sanas pero miembros de los grupos de alto riesgo, o bien personas que sin ser parejas sexuales mantengan contactos mucosos íntimos con tales pacientes o con los miembros de los grupos de riesgo más elevado.

Algunos estudios e informes permiten estimar que el período de incubación entre el contacto con el agente, si es que existe, y el desarrollo del síndrome puede ser de años. Muchos de los pacientes, antes del cuadro establecido del SIDA, han presentado un conjunto de manifestaciones clínicas que puede considerarse como de fase "prodrómica", a saber, linfadenopatías generalizadas prolongadas, fiebre persistente inexplicable, pérdida importante de peso, diarreas persistentes. Dado que personas aparentemente sanas de los grupos de riesgo presentan muchos de estos síntomas (especialmente homosexuales con linfadenopatías), se considera que los casos declarados constituyen tan sólo la punta del iceberg que se desvelará en los próximos años. Por ello, con razón, miembros del CDC consideran que lo visto hasta ahora no es más que el prólogo. Además, muchos de los miembros sanos de los grupos de riesgo aparentemente sanos presentan alteraciones en el cociente T4/T8 de forma persistente (homosexuales, hemofílicos). En este momento se desconoce el significado pronóstico, en relación al SIDA, de este trastorno. Un dato negativo, hasta el momento, es que no se ha descrito todavía en ningún trabajador sanitario, y que el número de pacientes que han contraído el SIDA por transfusión son realmente insignificantes en relación a los millones de transfusiones que se practican anualmente en los EE.UU.

La mortalidad es aterradora: un 40 % globalmente considerada, pero llegando al 82 % en los pacientes diagnosticados hace dos años. No se han descrito recuperaciones, y los tratamientos inmunorrestauradores hasta ahora ensayados no han servido para casi nada. El coste de la atención médica en los EE.UU. se calcula que oscila entre 50.000 y 100.000 dólares/paciente.

Otro dato negativo importante es que la incidencia del SIDA en el interior de cada grupo de riesgo es en realidad muy baja, de momento. Es fácil advertir que el patrón epidemiológico del SIDA parece paralelo al de la hepatitis B, infección por otra parte de gran incidencia en todos los grupos de riesgo del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida^{2,14}.

Volviendo a Europa, los primeros casos se comenzaron a detectar en algunos homosexuales en el segundo semestre de 1981, la mayoría de los cuales habían tenido contactos con homosexuales americanos. Esto se ha ido confirmando al ampliarse el número de casos. Uno de estos primeros casos fue un homosexual de Barcelona, de buen nivel social y cultural, quien tuvo muchos contactos homosexuales en Nueva York en 1974 y en Turquía en 1980. El paciente murió en octubre de 1981, y fue descrito en *The Lancet* en marzo de 1982 por Vilaseca et al¹⁵. Se han ido describiendo muchos otros casos en Dinamarca, Alemania, Gran Bretaña, Francia, Bélgica, etc., hasta llegar a lo que puede estimarse un total de 100 casos en toda la Europa occidental, como ya se indicó al principio¹. Los grupos de riesgo entre estos pacientes europeos es superponible a los hallados en los Estados Unidos. En este sentido, es de gran interés analizar los casos vistos en Francia (región parisina)¹⁶, en donde se ha observado un brote en los últimos meses. Hay, sin embargo, algunos datos distintos que añaden más complejidad o enigmas a este síndrome. Así, se ha observado que el SIDA se presenta en negros procedentes de países de África Ecuatorial^{16,17} (Zaire y Chad, principalmente) en los que no existen antecedentes de drogadicción ni de homosexualidad y que residen en Europa desde hace más de dos años de forma análoga a los pacientes inmigrantes de Haití en los EE.UU.

Por otro lado, existen informes que parecen indicar la existencia en 1976 y 1977 de algunos casos europeos completamente autóctonos, algunos de ellos con relación a Zaire^{18,20}. Otro dato de interés es que los primeros hemofílicos detectados en Europa correspondieron a tres pacientes de Sevilla, recientemente descritos²¹. No existe ningún otro caso en Europa de SIDA en hemofílicos, aunque en estos momentos hay uno en estudio en Gran Bretaña¹.

En Europa, los casos de SIDA podrían tener dos vías de procedencia: 1) la principal, por los contactos sexuales de la comunidad homosexual europea con la de los EE.UU., y en un plano menor, por los derivados de plasma humano mayoritariamente procedente de los EE.UU., aun en el caso de firmas aparentemente europeas; 2) una vía aparentemente autóctona o relacionada con contactos con países de África Ecuatorial, que vendría confirmada por la detección de SIDA en negros de Zaire y Chad estudiados en Bélgica y Francia^{16,17}. Dado el grado de miseria y atraso social de estos países africanos es probable que los pacientes declarados o en estado de latencia que existan allí alcance cifras notables, y que pasen desapercibidos por fallecer antes por otros

problemas de salud más elementales o porque el atraso sanitario no permita diagnosticarlos.

¿Cuál es el nexo de unión entre los haitianos residentes en los EE.UU. y los residentes en Puerto Príncipe, los homosexuales de California y Nueva York, los negros de África Ecuatorial, los drogadicctos no homosexuales, los hemofílicos, los hijos de mujeres haitianas, los receptores al azar de transfusiones sanguíneas o de plaquetas? Una teoría etiológica válida como hipótesis de trabajo para investigar la causa del SIDA debe como mínimo dar una explicación de cuál puede ser este nexo de unión entre estas piezas aparentemente tan dispares del rompecabezas*.

Desde este punto de vista, y según los datos disponibles en la actualidad, la única teoría que aparece como más plausible es la de un agente infeccioso probablemente vírico, tal vez un retrovirus con tropismo para las células T inductoras/cooperadoras²². Gottlieb⁹ propone una teoría vírica dual para intentar explicar los casos con sarcoma de Kaposi de los que sólo presentan IO.

De ser cierta la teoría de un agente infeccioso transmisible pueden hacerse algunas predicciones. Habrá un incremento del número de casos tanto en Europa como en América. Una ampliación de los grupos de riesgo. La tasa de incremento y de difusión en el número de casos vendrá determinada por la conducta y grado de intercambio sexual de los homosexuales europeos entre ellos y de éstos con los homosexuales americanos, así como de las medidas preventivas⁵ que este grupo de riesgo adopte en cuanto a usar medidas higiénicas y a evitar la promiscuidad. No hay que olvidar que, por razones desconocidas, esta enfermedad se ha amplificado y difundido a partir de esta población y que sigue constituyendo el principal grupo de riesgo, especialmente los "pasivos" y los más promiscuos. También dependerá de la conducta y cuidados con las transfusiones sanguíneas y con los productos derivados de plasma humano⁴.

En definitiva, el SIDA ya no es sólo un problema americano. En Europa como en los EE.UU., plantea dos tipos de problemas: uno de salud pública, y otro, la investigación de la relación entre células T reguladoras, infección vírica y carcinogénesis; investigación que además de poder proporcionar la causa, prevención y curación del SIDA, podrá arrojar luz sobre fenómenos biológicos, y por tanto, patológicos, de ámbito más general.

T. Gallart

* ¿Puede haber alguna relación entre los brotes de SIDA observados en colonias de primates americanos y el SIDA en humanos?

Bibliografía

1. First Workshop of European Study Group on AIDS/ KS. Instituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale. Nápoles, 25 junio 1983.
2. Durack DT, Phil MBD. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma in homosexual men. *N Engl J Med* 1981; 305:1.465-1.467.
3. Fauci AS. The Syndrome of Kaposi's Sarcoma and opportunistic infections: an epidemiologically restricted disorder of immunoregulation. *Ann Intern Med* 1982; 96: 777-778.
4. Friesman-Kien AE, Lanbenstein LJ, Rubinstein P et al. Disseminated Kaposi's Sarcoma in homosexual men. *Ann Intern Med* 1982; 96:693-700.
5. Milduan D, Mathur U, Enlow RW, et al. Opportunistic infections and Immunodeficiency in homosexual men. *Ann Intern Med* 1982; 96:700-704.
6. Follanshee SE, Busch F, Wofsy CB, et al. An outbreak of *Pneumocystis carinii* Pneumonia in homosexual men. *Ann Intern Med* 1982; 96:705-713.
7. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Editorial. *The Lancet* 1983; 1:162-164.
8. Currant JW, Evatt BL, Lawrence DN. Acquired Immune Deficiency Syndrome. Activity and the Host Factors Division, Center for Disease Control, Atlanta, Georgia. Acquired Immune Deficiency Syndrome. The past as a prologue. *Ann Intern Med* 1983; 98:401-403.
9. Groopman JE, Cottleib MS. AIDS: The widening gyre. *Nature* 1983; 303:575-576.
10. Pitchenik AE, Fischl MA, Dickinson GM et al. Opportunistic Infections and Kaposi's Sarcoma Among Haitians: Evidence of New Acquired Immunodeficiency State. *Ann Intern Med* 1983; 98:277-284.
11. Masur H, Michelis MA, Wormser GP et al. Opportu-

- nistic Infection in Previously healthy women. Initial manifestations of a Community-Acquired Cellular Immunodeficiency. *Ann Intern Med* 1982; 97:533-539.
12. Harris C, Butkus Small C, Klein RS et al. Immunodeficiency in female sexual partners of men with AIDS. *N Engl J Med* 1983; 308:1.181-1.184.
13. Andreani T, Le Charpentier Y, Brovet JC et al. Acquired Immunodeficiency with intestinal cryptosporidiosis: possible transmission by haitian whole blood. *Lancet* 1:1.187-1.191.
14. Possible transfusion-associated acquired Immune Deficiency syndrome (AIDS). California. *Morbidity and Mortality Weekly Rep* 1982; 31:652-654.
15. Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R, Mieras C, Serrano A, Navarro C. Kaposi's Sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in a Spanish homosexual. *Lancet* 1982; 1: 572.
16. Brunet JB, Bouvet E, Chaperon J et al. Acquired Immunodeficiency syndrome in France. *Lancet* 1983; 1:700-701.
17. Clumuck N, Mascart-Lemone F, Manberge J, Brenez Marcelis L. Acquired immune deficiency syndrome in black Africans. *Lancet* 1983; 1:642.
18. Sterry W, Marmor M, Konrads A, Klaus Sheigleder G. Kaposi's Sarcoma, aplastic pancitopaenia and multiple infections in a homosexual. (Cologne, 1976) *Lancet* 1983; 1:924-925.
19. Byghjerg IC. AIDS in a Danish Surgeon (Zaire, 1976). *Lancet* 1983; 1:925.
20. Vanderpitte J, Verwilghen R, Zachee P. AIDS and cryptococcosis (Zaire, 1977) *Lancet* 1983; 1:925-926.
21. Lissen E, Wichmann I, Jiménez JM, Andreu-Kern F. AIDS in haemophilia patients in Spain. *Lancet* 1983; 1:992-993.
22. Editorial. HTLV and AIDS. *Lancet* 1983; 1:928.