

Remita su carta a [expertos.siic@siicsalud.com](mailto:expertos.siic@siicsalud.com). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siicsalud.com/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siicsalud.com/instrucciones_sic_web.php)

## Enfermedad de Parkinson

Sr. Editor:

En el año 2016, en los Estados Unidos comenzó a utilizarse la pimavanserina para el tratamiento de los síntomas psicóticos de la enfermedad de Parkinson (EP). La pimavanserina es un agonista inverso selectivo de receptores 5HT<sub>2A</sub>, con diferente afinidad por los receptores D<sub>2</sub>, M<sub>1</sub> y H<sub>1</sub>, propiedad que le confiere ventaja frente a los otros antipsicóticos atípicos como quetiapina, olanzapina, risperidona, clozapina, aripiprazol y brexpiprazol, respecto de la ausencia de síntomas extrapiramidales, con menores tasas de complicaciones metabólicas y de mortalidad. En *Pimavanserina y mortalidad en pacientes con psicosis asociada con la enfermedad de Parkinson\** se resumen los resultados de un estudio comparativo efectuado entre los años 2016 y 2019, en 2 grupos de pacientes mayores de 65 años, por un período de 365 días; un grupo utilizaba antipsicóticos atípicos, y el otro, pimavanserina. En este último grupo, los pacientes presentaban demencia con EP y otras comorbilidades, y estaban en tratamiento con antiparkinsonianos. Se fijaron determinadas condiciones para asegurar la estabilidad de los resultados. Los participantes no debían haber utilizado previamente antipsicóticos y, en caso de haberlo hecho por episodio psicótico, deberían estar suspendidos como mínimo un año antes de la realización del estudio; se excluyeron los individuos con otros trastornos psicóticos, los sujetos jóvenes con EP, aquellos en cuidados paliativos y los que carecían de enfermedades clínicas. Los resultados reflejaron menores tasas de hospitalización y mortalidad en el grupo de pacientes bajo tratamiento con pimavanserina, que en el grupo de los que utilizaron otros antipsicóticos atípicos. También las tasas de mortalidad y de hospitalización fueron menores en quienes tenían demencia como diagnóstico, en comparación con los pacientes con otras enfermedades psiquiátricas. Está en discusión el uso de otros antipsicóticos atípicos y otras medicaciones psiquiátricas, fuera de prescripción, en pacientes con diagnóstico de demencia y EP. Las diferencias entre ambos grupos fueron significativas en los primeros 180 días, pasados los cuales fueron mayores; en los primeros 30 días no se registraron diferencias. No obstante, el estudio no asegura seguridad de la pimavanserina en comparación con el grupo no tratado con dicho fármaco. La pimavanserina tiene sus limitaciones con respecto a factores implicados en la mortalidad; por ejemplo, usos de otros fármacos y de antipsicóticos atípicos, dosis, continuidad en el uso de psicofármacos, comorbilidades clínicas, índice de masa corporal, tabaquismo, dieta, falta de ejercicio e historia familiar. Los resultados están garantizados en la población de adultos mayores de 65 años con diagnóstico de demencia y EP con síntomas psicóticos. Así, se concluyó que el uso de

pimavanserina tiene mejor nivel de evidencia que los otros antipsicóticos, para la población de adultos mayores de 65 años con EP y demencia, con menores tasas de mortalidad.



**Verónica Valverde**  
Médica psiquiatra, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

\*<https://siic.info/dato/resic.php/172851>

## Coinfección VIH-tuberculosis

Sr. Editor:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el patógeno que origina el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), una enfermedad que debilita el sistema inmunitario, provocando un estado crónico de inmunosupresión que favorece la aparición de infecciones, enfermedades neoplásicas y afecciones crónicas no transmisibles. La historia del origen del VIH y su aparición en la década de 1980 es compleja y está marcada por descubrimientos científicos cruciales, confusión, estigma y una crisis global de salud. Se cree que el VIH surgió de primates no humanos en África, donde los virus simios similares al VIH han existido durante mucho tiempo. Se han identificado dos tipos principales de VIH: el VIH-1, que es la principal cepa responsable de la pandemia global, y el VIH-2, que es menos común y está restringido a ciertas regiones de África Occidental. El VIH-1 se divide en varios grupos, y es el grupo M el responsable de la pandemia mundial. Se piensa que la transferencia del VIH de primates a seres humanos ocurrió cuando estos primates fueron cazados, exponiéndose los cazadores a sangre infectada. En 1981 se informaron los primeros casos de una nueva enfermedad en Estados Unidos, denominada en ese entonces como GRID (*gay-related immune deficiency*), actualmente sida, que se caracterizaba por infecciones oportunistas y neoplasias poco comunes. Hasta 1983, los investigadores Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi, en Francia, identificaron un retrovirus, al que llamaron LAV (virus asociado con linfadenopatía), en muestras de pacientes con sida. En ese mismo año, el Dr. Robert Gallo, en Estados Unidos, también identificó un retrovirus similar, al que llamó HTLV-III (virus linfotrópico de células T humano tipo III), que luego se demostró ser el mismo virus que el LAV, por lo que fue rebautizado como VIH. Para 1984 se confirmó de manera definitiva que el VIH era la causa del sida. Se estableció un acuerdo internacional entre los grupos de investigación de Montagnier y Gallo para reconocer el descubrimiento conjunto. Durante la década de 1980, se realizaron investigaciones intensivas para comprender la biología del VIH y desarrollar pruebas de diagnóstico. La transmisión del VIH ocurre

principalmente a través del contacto sexual y el uso compartido de agujas y jeringas, y de manera vertical de madre a hijo. El VIH y el sida tienen un impacto significativo en la salud de los latinos, así como en todo el mundo, pues esta es una de las regiones del mundo con una carga considerable de VIH/sida. La prevalencia del VIH varía entre los países de Latinoamérica, y es más alta en algunas naciones de América del Sur y el Caribe. La epidemia ha afectado tanto a áreas urbanas como rurales, aunque la prevalencia puede variar entre países y subregiones. En México, desde 1983 hasta el segundo trimestre de 2023, se cuenta con un registro de 361 095 casos, de los cuales el 81.86% son hombres. El acceso a la atención médica y al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es fundamental para las personas que viven con VIH. En algunos países de Latinoamérica, el acceso a estos servicios puede ser limitado debido a barreras económicas y estigma o discriminación; además, tiene un impacto económico significativo en las personas y comunidades afectadas, que incluyen costos asociados con el tratamiento médico, pérdida de productividad laboral, gastos en atención médica y cuidado, y disminución de la calidad de vida.

Las infecciones oportunistas son aquellas que aprovechan la debilitada respuesta inmunitaria de un individuo, típicamente debido a inmunosupresión significativa, como la causada por el VIH. Estas infecciones son una consecuencia común y grave de la progresión no controlada del VIH hacia el sida, lo que subraya la importancia del TARGA para controlar la replicación del VIH y preservar la función inmunitaria, como señalan Bravo Acosta y col. en el artículo *Tuberculosis y otras causas de morbilidad y mortalidad hospitalaria en pacientes con VIH/sida\**. Las infecciones oportunistas pueden involucrar una amplia gama de microorganismos, incluidos bacterias, virus, hongos y parásitos. Ejemplos comunes incluyen tuberculosis (TB), neumocistosis, criptococosis, candidiasis, citomegalovirus (VHH-5), virus de Epstein-Barr (VHH-4), toxoplasmosis y criptosporidiosis. La gravedad de las infecciones oportunistas puede variar, pero tienden a ser más graves en personas con VIH avanzado o sida. Estas infecciones a menudo son recurrentes y persistentes, y pueden requerir hospitalización o tratamiento prolongado; además, pueden causar complicaciones graves, como falla multiorgánica, daño pulmonar irreparable, encefalitis, enfermedad gastrointestinal grave y otros cuadros mortales.

La coinfección entre la TB y el VIH representa una combinación peligrosa y desafiante que amenaza significativamente la salud global. Ambas enfermedades, por separado, ya son problemas de salud importantes, pero cuando se presentan juntas, se convierten en una sinergia de riesgos y complicaciones que plantean desafíos únicos para su diagnóstico y tratamiento. La

coinfección TB-VIH es una preocupación global, especialmente en regiones con alta carga de TB y alta prevalencia de VIH, como África subsahariana. Se estima que alrededor del 8% al 15% de las personas con TB también están infectadas con VIH. El VIH afecta esencialmente a las células CD4, para una respuesta inmune efectiva contra *Mycobacterium tuberculosis*. Los pacientes coinfectados tienen mayor riesgo de reactivación de la TB latente y progresión de TB activa. El VIH aumenta la carga de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en los pacientes coinfectados y facilita la transmisión de la enfermedad. La infección por el VIH puede acelerar la progresión de la TB y reducir la eficacia de la respuesta inmunitaria, lo que conlleva mayor morbilidad y mortalidad. Entre los factores de riesgo para la coinfección, se destacan: 1) Contacto social y ambientes de alta transmisión. La TB y el VIH se propagan en entornos de alta densidad poblacional o hacinamiento, como barrios marginales y prisiones, donde la exposición a ambos agentes infecciosos es más probable. 2) Mala adhesión al tratamiento. El mal cumplimiento al tratamiento de la TB o al TARGA del VIH aumenta la probabilidad de coinfección y reactivación de la TB. 3) Estigma y barreras sociales. El estigma asociado con el VIH y la TB puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuado, lo que contribuye a la propagación y la gravedad de ambas enfermedades. 4) Malnutrición. La desnutrición y la mala alimentación incrementan la susceptibilidad de la coinfección y dificultan la recuperación de ambas enfermedades. 5) Factores socioeconómicos. La pobreza, la falta de educación, la falta de servicios de salud y las barreras culturales conllevan mayor riesgo. 6) Estilo de vida.

El tabaquismo, el abuso de alcohol y el consumo de drogas aumentan el riesgo de adquirir TB y VIH, y pueden empeorar la progresión de ambas enfermedades. Como ya se comentó, esta coinfección representa una sinergia de riesgos y complejidades que exige una respuesta integral y coordinada a nivel global. Los esfuerzos deben centrarse en la prevención, la detección temprana, el tratamiento efectivo y el apoyo continuo, para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por esta grave dupla infecciosa. Se necesita identificar al paciente enfermo y realizar un diagnóstico precoz, ya que el tratamiento y posterior curación corta la cadena de transmisión para ambas infecciones. Además, es necesario controlar los contactos estrechos por la alta probabilidad de contagio. Se deben realizar pruebas de VIH y TB en paralelo en personas con signos y síntomas compatibles con ambas enfermedades. Para los pacientes con VIH, es esencial evaluar la presencia de TB latente y, si es necesario, administrar la terapia preventiva para evitar la reactivación. El monitoreo clínico y de laboratorio mediante la evaluación constante de la carga viral de VIH y de la respuesta inmunitaria, así como el monitoreo de la efectividad del TARGA, son cruciales en la coinfección. En cuanto al tratamiento, el TARGA se inicia independientemente

del recuento de CD4 para suprimir la replicación del VIH, mejorar la inmunidad y prevenir la progresión de la TB; para esta última se emplean regímenes combinados de fármacos antituberculosos, que requieren ajustes en la dosificación y la duración del tratamiento, debido a la interacción con los medicamentos antirretrovirales. El tratamiento debe ser coordinado por un equipo multidisciplinario, garantizando una atención completa y óptima para ambas enfermedades. Finalmente, es conveniente destacar que la coinfección VIH/TB representa un desafío complejo y significativo para la salud pública a nivel global. El impacto de esta coinfección es profundo y multifacético, y ejerce una influencia negativa en la salud de los individuos afectados, en la propagación del VIH y en la carga para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto. En primer lugar, la TB en pacientes con VIH tiene un impacto devastador en la salud individual. La inmunosupresión causada por el VIH debilita la capacidad del sistema inmunitario para controlar y eliminar la infección por TB, lo que provoca una progresión más rápida de la enfermedad. Además, la presentación clínica atípica de la TB en pacientes con VIH dificulta su diagnóstico y tratamiento oportunos, llevando a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. El desafío actual y futuro radica en la gestión efectiva de esta coinfección en un contexto de resistencia a los antibióticos y otras barreras. La resistencia a los medicamentos antituberculosos y la creciente resistencia a los tratamientos antirretrovirales complican la elección y efectividad de los regímenes terapéuticos. La implementación de abordajes adecuados y la garantía de su cumplimiento se vuelven fundamentales para frenar esta coinfección y sus consecuencias. A nivel socioeconómico, esta coinfección plantea desafíos significativos para los países. La carga económica, en términos de costos de atención médica, pérdida de productividad laboral y gastos asociados con la atención de pacientes con TB y VIH, es sustancial. Además, el estigma y la discriminación vinculados con ambas enfermedades pueden afectar la calidad de vida, el acceso a la atención médica y la participación en la sociedad de los individuos afectados.

En conclusión, la coinfección de TB y VIH representa una intersección crítica de desafíos médicos, sociales y económicos. Su abordaje efectivo requiere esfuerzos coordinados en educación, prevención, detección temprana y apego al tratamiento, así como la mejora de los sistemas de salud y una respuesta integral a nivel nacional e internacional. Reducir esta carga y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas exige un compromiso sostenido y colaborativo de la comunidad global.



José Trinidad Sánchez Vega, Ricardo Hernández López, Arnulfo E. Morales Galicia, Diana Hernández López, Luz A. Uribe Torillo  
Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

\* <https://siic.info/dato/experto.php/172873>

## Carcinoma basocelular

Sr. Editor:

La persistencia de síntomas, como prurito del conducto auditivo externo, otorrea, otorragia u otalgia, merecen una búsqueda exhaustiva de su causa, ya que los carcinomas en esta área se manifiestan con síntomas poco característicos, pudiendo pasar inadvertidos y agravando su pronóstico.

Lesiones vegetantes irregulares, pólipos, granulomas o úlceras persistente merecen un seguimiento regular otomicroscópico. Las partes blandas del conducto auditivo externo de espesor menor de 0.2 mm y con cartílago en su piso con áreas de debilidad, facilitarían la propagación de alguna de esas lesiones a la estructura ósea subyacente, como se observa en la otitis externa maligna.

La extensión del compromiso óseo es determinante al momento de ofrecer una opción terapéutica ante un carcinoma de conducto auditivo externo, dado que las afecciones del hueso temporal pueden acceder a la base del cráneo comprometiendo pares craneanos y estructuras vitales. Es importante tener en cuenta que la erosión ósea puede presentarse aun en lesiones con menos de 2 cm de crecimiento en el plano horizontal, por lo que es imperativo realizar un estudio tomográfico y resonancia magnética ante la sospecha de una lesión neoplásica.

La Universidad de Pittsburgh ha diseñado especialmente un sistema de estadificación para tumores de conducto auditivo externo, ya que el carcinoma no tiene el mismo comportamiento que aquellos ubicados en otras regiones de cabeza y cuello, suelen ser de peor pronóstico y, por lo tanto, requieren tratamientos más intensivos.

Es así que, en tumores limitados a partes blandas, con exéresis y bordes negativos, podría ser suficiente la resección quirúrgica, pero en aquellos T1 y T2 con erosión ósea deberían realizarse resección lateral del hueso temporal (LTBR), resección en bloque del conducto auditivo externo con membrana timpánica y mastoidectomía; en tumores T3 y T4 se propone la resección subtotal del hueso temporal (STBR), que implica resección además de capsula óptica, con parotidectomía y articulación temporomandibular.

Al ser tan radical esta resección, en algunos centros optan por LTBR asociado con quimioterapia, y son la recurrencia y la metástasis las causas principales de mortalidad tras la intervención quirúrgica. La radioterapia posoperatoria se aplica a gran parte de los estadios. Son irreseccables aquellos tumores con compromiso de conducto carotídeo, ganglionar o de duramadre, o con parálisis facial, en los que la radioquimioterapia es la opción.

En este tema, es interesante el caso presentado por la Dra. Sánchez Legaza, *Prurito ótico por carcinoma basocelular en conducto auditivo externo\**, que invita a la revisión del tema y a replantearse conductas ante situaciones semejantes. Destaco la importancia de la solicitud de estudios por imágenes ante cuadros persistentes sin causa identificada.