

EL SIDA

en los homosexuales de Honduras

*Manuel Figueroa, Ph D. **

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue descrito oficialmente por el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en 1981 (1) como una deficiencia en la inmunidad celular no explicada por las causas reconocidas (deficiencias congénitas, leucemias, terapia inmunosupresora) y que resulta en variadas infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer, tales como el sarcoma de Kaposi (2).

La enfermedad es notoria por su alta mortalidad, que puede llegar al 100% de los casos si se observan por suficiente tiempo. Afecta con mayor frecuencia a los homosexuales y a los adictos a drogas intravenosas (3). Actualmente se considera como la más grave de las pandemias del siglo 20 y se está expandiendo rápidamente en el mundo occidental (4).

El SIDA es causado por un virus de la familia Retrovirus, aislado en el Instituto Pasteur de Francia (5) y en el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (6). Dicho virus, recientemente designado virus de inmunodeficiencia humana

(VIH) tiene un tropismo selectivo por los linfocitos T4, llamados "ayudantes" o "cooperadores", a los cuales destruye descontrolando todo el sistema inmune (7).

En Honduras se diagnosticó el primer caso de SIDA en Junio de 1985 en un profesional homosexual que visitaba con frecuencia la ciudad de Los Ángeles en Estados Unidos (8). Desde entonces se han diagnosticado hasta finales de octubre de 1987, un total de 71 casos. Se reportan en este trabajo las características epidemiológicas de esta enfermedad tal como se presenta en el país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Grupo de estudio

1) *Encuesta serológica.* Se examinaron 354 hombres homosexuales entre 16 y 56 años de las principales ciudades de Honduras. Las muestras de sangre se tomaron en septiembre de 1985 y octubre de 1987 entre homosexuales activos que voluntariamente decidieron participar en el estudio. Se anotó el nombre, la edad, residencia, orientación sexual, historia de donación o recepción de sangre por transfusión, enfermedades recientes y años de práctica sexual.

(*) Departamento de Microbiología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

- 2) *Pacientes.* Se estudiaron los enfermos con síntomas compatibles con el SIDA descartándose aquellos que tenían serología negativa y los que no presentaban pruebas suficientes de inmunodeficiencia (alergia a la tuberculina, candidina, histoplasmina).

Pruebas Serológicas

- 1) La prueba de enzima inmunoensayo (EIK) para anticuerpos contra el VIH se hizo siguiendo técnicas ya descritas (9) y usándolos reactivos de casas comerciales reconocidas (Abbott y Electro Nucleonics). Se consideraron positivos en esta prueba cuando tenían una densidad óptica cuatro veces mayor que el promedio de los sueros controles sin anticuerpos.
- 2) Los sueros positivos por EIE se enviaron al Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos o al International Center for Medical Research and Training (ICMRT) de San José, Costa Rica, para la prueba confirmatoria de inmunomanchado (Western-Blot). Cuando 3 ó 4 bandas de proteínas reaccionaban, (especialmente las p 24, p 32, p 41, p 55) la prueba se consideró positiva.

RESULTADOS

El primer caso de SIDA diagnosticado en Honduras, fue en un homosexual de la ciudad de El progreso, Yoro, en mayo de 1985. A partir de esa fecha se han diagnosticado 71 casos según la Comisión de trabajo y Vigilancia contra el SIDA (6 de noviembre, 1987). De ese número 22 son homosexuales, 10 bisexuales y 39 heterosexuales. Para determinar la tasa de infección del grupo homosexual se examinaron un total de 354 mediante la prueba de EIE para detectar anticuerpos contra VIH, de éstos 58 (16,3o/o) resultaron positivos revelando una infección con este virus. Estos resultados fueron confirmados mediante la prueba de inmunomanchado (Western-Blot). La frecuencia de anticuerpos por año en que por primera vez se examinaron los homosexuales muestra (cuadro 1) que la tasa de infección ha ido aumentando cada año 7.5o/o en 1985 a 16.00/o 1986 y 29.7o/o en 1987.

Cuadro No. 1

ANTICUERPOS CONTRA HIV EN HOMOSEXUALES DE HONDURAS 1985 - 1987

AÑO	No.	CON ANTICUERPOS	o/o
1985	106	8	7.5
1986	174	28	16.0
1987	74	22	29.7
TOTAL	354	58	16.3

La mayor frecuencia de homosexuales con anticuerpos se halló en San Pedro Sula con 41.5o/o (cuadro 2). Los homosexuales de otras ciudades de la Costa Norte de Honduras, tenían frecuencias relativamente altas (16 a 21o/o), en cambio en Tegucigalpa el porcentaje era de 9.7o/o. Es de notar que 150 estudiantes Universitarios "normales" del mismo grupo de edad que los homosexuales y procedentes de diversos lugares de Honduras resultaron todos negativos en esta prueba.

Cuadro No. 2

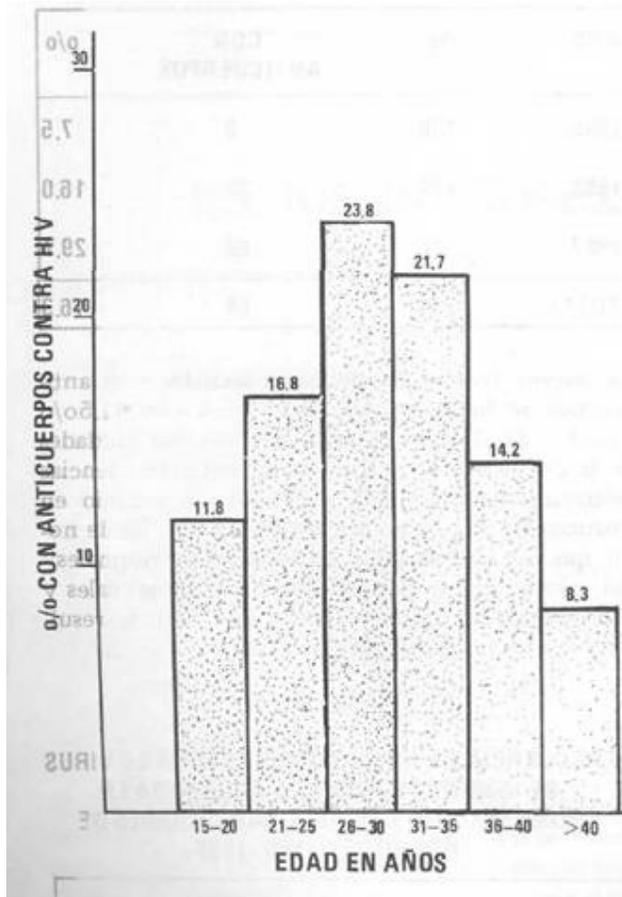
FRECUENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN HOMOSEXUALES DE ALGUNAS CIUDADES DE HONDURAS, 1985 - 1987

LUGAR	No.	CON ANTICUERPOS	o/o
Tegucigalpa	235	23	9.7
San Pedro Sula	65	27	41.5
Puerto Cortés	14	3	21.4
Progreso	12	2	16.6
Tela	15	1	6.6
Otros	13	2	15.3
TOTAL	354	58	16.3
GRUPO CONTROL**	150	0	0.0

* Anticuerpos detectados en la prueba enzima inmuno ensayo. (O.D. ≥ 0.300)

** Estudiantes Universitarios

La distribución por edad de homosexuales con anticuerpos puede verse en la figura 1. El mayor porcentaje se obtuvo entre los de 26 a 30 años bajando la frecuencia a partir de los 36 años.



No fue posible dar seguimiento a todos los homosexuales iniciados en el estudio en 1985, pero de 43 que en septiembre de ese año estaban sin anticuerpos contra VIH, 13 acusaron conversión serológica (anticuerpos) para 1987 (cuadro 3). Por otro lado de los 55 homosexuales originalmente con anticuerpos, 2 han fallecido con sintomatología de SIDA, 3 han sido declarados casos de SIDA y — otros 3 presentan enfermedades asociadas al SIDA; tales como linfadenopatía persistente, diarrea crónica y pérdida de peso. No se han evaluado todos los demás, pero la mayoría están asintomáticas.

Cuadro No. 3

CONVERSIONES SEROLOGICAS AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN HOMOSEXUALES ORIGINALMENTE SIN ANTICUERPOS (NEGATIVOS)

CIUDADES	1985 NEGATIVOS	1987 POSITIVOS
Tegucigalpa	30	7
San Pedro Sula	9	6
Otras	4	0
TOTAL	43	13

NOTA: Negativos significa sin anticuerpos contra HIV. Las mismas personas fueron examinadas en 1987.

DISCUSIÓN

El SIDA se descubrió por primera vez entre los homosexuales de New York y Los Angeles en 1981 (2). Desde entonces en Estados Unidos y Europa los Homosexuales-bisexuales constituyen el principal grupo en riesgo de adquirir el SIDA, constituyendo el 72o/o de los casos (10, 11), mientras en Honduras, son el 45o/o de los casos.

Vale mencionar que en África la homosexualidad no juega un papel importante en la transmisión del SIDA y esta enfermedad se transmite principalmente por la promiscuidad heterosexual (11). Se ha especulado sobre si la transmisión del SIDA es más eficiente por vía rectal que por vía vaginal. Un estudio prospectivo hecho en California, Estados Unidos (12) concluyó que la infectividad para el compañero sexual es igual en la relación homosexual que en la heterosexual. Probablemente sea una cuestión fortuita en el mundo occidental que el virus se haya comenzado a diseminar en el grupo homosexual, y especialmente entre los más promiscuos de ese grupo, pero poco a poco a través de los bisexuales y los drogadictos el virus se pasará a la población heterosexual. En Honduras, se dan los dos modos de transmisión, predominando la heterosexual dado que un 55o/o de los pacientes

son heterosexuales, lo cual es reforzado por el hecho de que mientras la tasa de hombres a mujeres entre los pacientes en Estados Unidos es de 13 a 1 (10), en Honduras es 4: 1 y en África es de 1: 1 (13). En el patrón de transmisión del SIDA, Honduras ocupa una posición intermedia entre Estados Unidos y África.

Este estudio muestra que el SIDA se está extendiendo entre los homosexuales de Honduras, duplicándose prácticamente cada año (cuadro 1). Además muestra que San Pedro Sula y ciudades aledañas (Puerto Cortés, El Progreso), tienen mayor índice de infectados y por lo tanto acusan mayor transmisión. Por otro lado, es el grupo joven, entre 26-35 años el mayormente afectado, debido quizás a su mayor actividad sexual. En este sentido se observó que los positivos en la prueba de SIDA (los infectados) estaban asociados a bares o prostíbulos o eran muy promiscuos, en cambio, los negativos eran mayormente homosexuales que vivían en sus casas con sus padres.

El seguimiento de este grupo de homosexuales a lo largo de 5 años permitirá determinar las tasas de ataque, el tiempo promedio de incubación, los posibles cofactores que desencadenan la enfermedad en los infectados y el impacto de la campaña de educación sobre la transmisión del SIDA

RESUMEN

Mediante la prueba de enzima inmuno ensayo se ha hecho un estudio de prevalencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana en 354 homosexuales de varias ciudades de Honduras. La tasa de infección en este grupo fue de 7.5 o/o en 1985, 16.00/0 en 1986 y 29.70/o en 1987. La mayor frecuencia se encontró en la ciudad de San Pedro Sula con un 41.50/o, en cambio en Tegucigalpa el porcentaje de infectados fue de 9.70/o. De 43 homosexuales que en 1985 estaban negativos por anticuerpos, 13 resultaron positivos en 1987. Durante dos años de observación de 36 homosexuales infectados por el virus, 3 han desarrollado el SIDA 2 han fallecido de la enfermedad y otros 3 padecen de enfermedades asociadas al SIDA

En la Comisión del SIDA se han registrado 64 casos de SIDA de los cuales 33 son homosexua-

les-bisexuales y el resto heterosexuales. Se concluye que la enfermedad se está transmitiendo activamente en el grupo homosexual especialmente en la Costa Norte de Honduras, pero que la enfermedad no está limitada a este grupo y que la transmisión heterosexual es igualmente activa.

AGRADECIMIENTO

Se agradece la colaboración del Br. Evelio Pineda, en la toma de muestras de sangre; del Lic. Héctor Gutiérrez, quien hizo las pruebas serológicas; a la Secretaria Sandra Pineda, por la tabulación de los datos; al Dr. Víctor Villarejos, Director del ICMRT de San José, Costa Rica, por las pruebas de Western Blot realizadas en su laboratorio.

Se agradece especialmente el apoyo del Señor Rector de la UNAH, Abogado Oswaldo Ramos Soto, por la asignación de fondos para realizar este estudio.

REFERENCIAS

- 1.- OMS. Weekly Epidemiological Record 43: 33-335, 1985.
- 2.- Centers for Disease Control. Kaposi sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men-New York City, California. Morbid. Mortal. Weekly Rep. 30:305-8,1981.
- 3.- Curran J. W. The epidemiology and prevention of the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine, 103: 657-662,1985.
- 4.- Brunet J B y Ancelle R. A. The international occurrence of the acquired immunodeficiency syndrome. Annals of Internal Medicine 103: 670-674,1985.
- 5.- Barre-Sinoussi F, Cherman J. C, Rey R et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science 220: 868-871,1983.
- 6.- Popovic M, Samgadharan MG, Read E, Gallo RC. Detection, isolation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV—III) from patients with AIDS and pre-AIDS. Science 224: 497-500, 1984.

- 7.- Bowen DL, Lañe HC, Fauci AS. Inmunopathgènesis of the acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 103: 704-709, 1985.
- 8.- Alvarado T. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Revista Médica Hondurena*, 53:177-189,1985.
- 9.- Sarngadharan MG, Popovic M, Bruch L, Schupbach J y Gallo RC. Antibodies reactive with human T lymphotropic retrovirus type III in the serum of patients with AIDS. *Science* 224: 506-508,1984.
- 10.- Centers for Disease Control. Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)—United States. *Morbid. Mortal. Weekly Rep.* 33: 337-339, 1984.
- 11.- Quinn TC, Mann JM, Curran JW, Pior P. AIDS in África: an epidemiological paradigm. *Science* 234: 955-963,1986.
- 12.- Grant RM, Wilcox JA, Winkelstein W. Infectivity for the human immunodeficiency virus: estimate from a prospective study of homosexual men. *J. Inf. Dis.* 156:189-192,1987.
- 13.- Fauci AS. Current issues in developing a strategy for dealing with the acquired immunodeficiency syndrome. *Proc. Nati. Acad. Sci. USA* 83:9278-9283, 1986.