

REVISIÓN DE LA DEFINICIÓN DE CASO PARA VIGILANCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), DEL CDC

Traducción al castellano por
Leonardo Mata, MQC, MS, DSc, Universidad de Costa Rica y
Carla Odio, DMed, Ped, Infect, Hospital Nacional de Niños

Descriptores:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Vigilancia epidemiológica

INTRODUCCION

La revisión de la definición de caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue desarrollada en el CDC en colaboración con especialistas en medicina clínica y salud pública. El Consejo de Epidemiólogos de Estados y Territorios (CSTE) de los Estados Unidos ha recomendado oficialmente la adopción de esta revisión para la notificación nacional de casos de SIDA. Los objetivos de la revisión son: a) rastrear de manera más eficaz la severa e incapacitante morbilidad asociada con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) (incluyendo HIV-1 y HIV-2); b) simplificar la notificación de casos de SIDA; c) aumentar la sensibilidad y especificidad de la definición, mediante una mayor aplicación diagnóstica de la evidencia de laboratorio de infección por el HIV; y d) ser consistente con la práctica diagnóstica vigente, la cual en algunos casos incluye el diagnóstico presuntivo, esto es, sin confirmación de laboratorio, de las enfermedades indicadoras del SIDA (por ejemplo, neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi).

La definición está organizada en tres secciones que dependen del estado de la evidencia de infección por el HIV (por ejem-

plo, anticuerpos anti-HIV). Los cambios propuestos más importantes conciernen a personas con infección documentada mediante pruebas de laboratorio para el HIV: a) se incluye ahora la encefalopatía por el HIV, el síndrome de desgaste por el HIV, y una gama más amplia de enfermedades específicas indicadoras del SIDA (Sección II.A); b) se incluyen casos de SIDA cuyas enfermedades oportunistas son diagnosticadas presuntivamente (Sección II.B); y c) se eliminan las exclusiones basadas en otras causas de inmunodeficiencia (Sección I.A).

La aplicación de esta definición a niños varía de la de los adultos en dos maneras. Primero, las infecciones bacterianas graves múltiples o recurrentes y la neumonía intersticial linfocítica/hiperplasia pulmonar linfocítica (NIL/HPL), son aceptadas como indicadoras del SIDA en niños, pero no en adultos. Segundo, los criterios de laboratorio de infección por el HIV son más estrictos para niños menores de 15 meses cuyas madres se pensó habían tenido infección por el HIV durante el período perinatal del hijo. En estos casos, la presencia de anticuerpos anti-HIV en el lactante no es evidencia suficiente de infección por el HIV, ya que podría reflejar transferencia pasiva de anticuerpos maternos detectables en los 15 meses *post partum*.

Esta nueva definición entra en efecto de inmediato. Se exhorta a los departamentos de salud estatales y locales a aplicar la nueva definición a todos los pacientes notificados de ahora en adelante. El inicio de la notificación de casos que llenan los nuevos requisitos se programó para el pri-

Notificado por el Consejo de Epidemiólogos de Estados y Territorios de los EE.UU.; Programa del SIDA, Centro para Enfermedades Infecciosas, Centers for Disease Control (CDC), Atlanta, GA, EE.UU.
(MMWR, Vol. 36, No. 1S, pp. 3S-15S, 1987)

mero de septiembre de 1987. Para entonces se dispondrá del “software” de computación y de formularios revisados a fin de recomodar los nuevos cambios. El CSTE ha recomendado la aplicación retrospectiva de la definición revisada a pacientes ya notificados a los departamentos de salud. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1988; 9 (3): 125-131]

REVISIÓN DE 1987 DE LA DEFINICIÓN DE CASO DE SIDA PARA FINES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para notificación nacional, un caso de SIDA se define como una o más de las siguientes “enfermedades indicadoras”, dependiendo del estado de evidencia de laboratorio de infección por el HIV, como se muestra a continuación:

I. Sin evidencia laboratorial con respecto a infección por el HIV

Si no se hicieron pruebas de laboratorio o éstas dieron resultados inconclusos (ver el Apéndice 1), y el paciente no tenía ninguna de las causas de inmunodeficiencia enumeradas abajo en la Sección I.A, entonces cualquier enfermedad listada en la Sección I.B indica SIDA si fue diagnosticada por un método confiable (ver el Apéndice II).

A. Causas de Inmunodeficiencia que descalifican a las enfermedades indicadoras del SIDA en ausencia de evidencia de laboratorio de infección por el HIV

1. dosis altas o terapia prolongada de corticosteroides u otra terapia inmunosupresora/citotóxica de = 3 meses desde el inicio de la enfermedad indicadora;
2. cualquiera de las siguientes enfermedades diagnosticadas = 3 meses del inicio de la enfermedad indicadora: enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin (que no sea linfoma primario del cerebro), leucemia linfocítica, mieloma múltiple, o cualquier otro cáncer del tejido linforreticular o histiocitario, o linfadenopatía angioinmunoblástica;

3. síndrome de inmunodeficiencia genética (congénita) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida no típico de infección por el HIV, como uno que incluya hipogamaglobulinemia.

B. Enfermedades indicadoras diagnosticadas en forma concluyente (ver el Apéndice II)

1. candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmones;
2. criptococosis extrapulmonar;
3. criptosporidiosis con diarrea persistente de más de un mes de duración;
4. enfermedad por citomegalovirus en un órgano diferente al hígado, bazo o nódulos linfáticos en un paciente mayor de un mes;
5. infección por el virus del herpes simplex causando ulceración mucocutánea persistente por más de un mes; o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración afectando a un paciente de más de un mes de edad;
6. sarcoma de Kaposi en un paciente menor de 60 años;
7. linfoma del cerebro (primario) en un paciente menor de 60 años;
8. neumonía intersticial linfoide o hiperplasia pulmonar linfoide (complejo NIUHPL) en un niño menor de 13 años;
9. complejo de *Mycobacterium avium* o enfermedad por *M. kansasii*, diseminada (en un sitio diferente o además de, pulmones, piel, o nódulos linfáticos cervicales o mediastinales);
10. neumonía por *Pneumocystis carinii*;
11. leucoencefalopatía multifocal progresiva;
12. toxoplasmosis del cerebro en un paciente mayor de un mes.

II. Con evidencia de laboratorio de infección por HIV

Irrespectivamente de la presencia de otras causas de inmunodeficiencia (I.A.), cuando se documenta en el laboratorio una infección por el HIV (ver el Apéndice 1),

cualquier enfermedad listada arriba (I.B) o abajo (ILA ó ILB) indica un diagnóstico de SIDA.

A. Enfermedades indicadoras diagnosticadas concluyentemente (ver el Apéndice II)

1. infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes (cualquier combinación de por lo menos dos, dentro de un período de dos años), de los siguientes tipos en un niño menor de 13 años:
 - septicemia, neumonía, meningitis, infección del hueso o articulación, o absceso de un órgano interno o cavidad corporal (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de la piel o las mucosas), causado por *Hemophilus*, *Streptococcus* (incluyendo neumococos) u otras bacterias piógenas;
2. coccidioidomicosis diseminada (en un sitio diferente a o además de, pulmones o nódulos linfáticos cervicales o mediastinales);
3. encefalopatía por el HIV (también denominada “demencia por HIV”, “demencia del SIDA” o “encefalitis subaguda causada por el HIV”) (ver descripción en el Apéndice II);
4. histoplasmosis diseminada (en un sitio diferente a o además de, pulmones o nódulos linfáticos cervicales o mediastinales);
5. isosporosis con diarrea que persiste por más de un mes;
6. sarcoma de Kaposi a cualquier edad;
7. linfoma del cerebro (primario) a cualquier edad;
8. otros linfomas no-Hodgkin de célula-B de fenotipo inmunológico desconocido, y de los siguientes tipos histológicos:
 - a. linfoma no-hendido de células pequeñas (ya sea tipo Burkitt o no-Burkitt) (ver en el Apéndice IV los términos equivalentes y códigos numéricos usados en la

Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica);

- b. sarcoma inmunoblástico (equivalente a cualquiera de los siguientes, aunque no necesariamente combinados: linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado difuso, o linfoma de alto grado) (ver el Apéndice IV de los términos equivalentes y códigos numéricos usados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica).

Nota: No se incluyen aquí linfomas si son de fenotipo inmunológico a células-T, o si su tipo histológico no está descrito o está descrito como “linfocítico”, linfoblástico”, “hendido pequeño”, o “linfocítico plasmacitoide”.

9. cualquier enfermedad diseminada causada por micobacterias que no sean *M. tuberculosis*, diseminada (en un sitio diferente o además de, pulmones, piel, o nódulos linfáticos cervicales o mediastinales);
10. enfermedad causada por *M. tuberculosis*, extrapulmonar (involucrando por lo menos un sitio fuera de los pulmones, irrespectivamente de si hay compromiso pulmonar concomitante);
11. septicemia por *Salmonella* (no tífosa), recurrente;
12. síndrome de desgaste por el HIV (emaciación, “slim disease” o enfermedad de la delgadez) (ver su descripción en el Apéndice II).

B. Enfermedades indicadoras diagnosticadas presuntivamente (mediante un método diferente a los del Apéndice II)

Nota: Dada la gravedad de las enfermedades indicadoras de SIDA, generalmente es importante diagnosticarlas certeramente, especialmente cuando la terapia que podría emplearse pueda tener efectos secunda-

rios serios, o cuando se requiera de un diagnóstico definitivo para elegir la terapia anti-retroviral. No obstante, en algunas situaciones la condición de un paciente no permitirá realizar pruebas definitivas. En otras ocasiones, la práctica clínica aceptada puede ser el diagnóstico presuntivo basado en la presencia de características clínicas y anormalidades de laboratorio. En el Apéndice III se sugieren directrices para el diagnóstico presuntivo.

1. candidiasis del esófago;
2. retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión;
3. sarcoma de Kaposi;
4. neumonía intersticial linfoide o hiperplasia pulmonar linfoide (complejo NIL/HPL) en un niño menor de 13 años;
5. enfermedad por micobacterias (bacilos ácido-resistente de especie no identificada por cultivo), diseminada (en al menos un sitio fuera de o además de, pulmones, piel, o nódulos linfáticos cervicales o mediastinales);
6. neumonía por *Pneumocystis carinii*
7. toxoplasmosis del cerebro en un paciente mayor de un mes.

III. Con evidencia laboratorial en contra de infección por el HIV

Con exámenes de laboratorio negativos por infección por el HIV (ver el Apéndice I), se descarta un diagnóstico de SIDA para fines de vigilancia, a *no ser que*:

- A. se excluyan todas las otras causas de inmunodeficiencia enumeradas arriba en la Sección I.A.; y
- B. el paciente haya tenido, ya sea:
 1. neumonía por *Pneumocystis carinii* diagnosticada por un método definitivo (ver el Apéndice II); o
 - a. cualquiera de las otras enfermedades indicadoras de SIDA listadas arriba en la Sección I.B, diagnosticada-

das por un método definitivo (ver apéndice II); y

- b. un recuento de linfocitos T-cooperadores/inductores (CD4) inferior a 400/mm³.

COMENTARIO

La vigilancia de la enfermedad severa asociada a una infección por el HIV continúa siendo un indicador esencial, aunque no el único, del curso de la epidemia del HIV. El número de casos de SIDA y la distribución relativa de casos de acuerdo a variables demográficas, geográficas o de riesgo por conducta, son los índices más viejos de la epidemia, que se inició en 1981 y para la cual existe información retrospectiva desde 1978. La definición original de caso para vigilancia, basada en el conocimiento que entonces existía, aportó datos epidemiológicos útiles sobre la enfermedad severa por HIV (1). Para asegurar un valor predictivo razonable de la inmunodeficiencia de fondo causada por lo que entonces era un agente desconocido, los indicadores del SIDA en la vieja definición del caso, fueron restringidos a infecciones oportunistas particulares diagnosticadas mediante métodos confiables en pacientes sin causas específicas de inmunodeficiencia. Sin embargo, después de que se descubriera que el HIV es la causa del SIDA, y de que se dispusiera de pruebas altamente sensibles y específicas para detectar sus anticuerpos, el espectro de manifestaciones de la infección por el HIV fue mejor definido, y se desarrollaron sistemas de clasificación de la infección por HIV (2-5). Resultó aparente que algunas condiciones evolutivas y seriamente incapacitantes, y aun condiciones fatales (por ejemplo, encefalopatía, síndrome de desgaste) que afectaban a un número substancial de pacientes con infección por el HIV, no eran objeto de vigilancia epidemiológica, ya que no estaban incluidas en la definición del caso de SIDA. Para propósitos de notificación, la revisión agrega a la definición la mayoría de esas condiciones severas no-infecciosas y no-cancerosas asociadas con el HIV, categorizadas en los sistemas de clasificación clínica de la in-

fección por el HIV en adultos y niños, del CDC (4,5).

Otra limitación de la vieja definición es que las enfermedades indicadoras de SIDA se diagnosticaban presuntivamente (por ejemplo, sin confirmación por métodos ahora requeridos por la nueva definición) en el 10 por ciento al 15 por ciento de los pacientes diagnosticados con tales enfermedades; así, se perdía una proporción considerable de casos de SIDA para propósitos de notificación (6,7). Esta proporción puede estar creciendo, lo cual podría comprometer la utilidad de la vieja definición de caso para propósitos de vigilancia. La definición de caso revisada permite la notificación de casos diagnosticados clínicamente siempre que exista evidencia de laboratorio de infección por HIV.

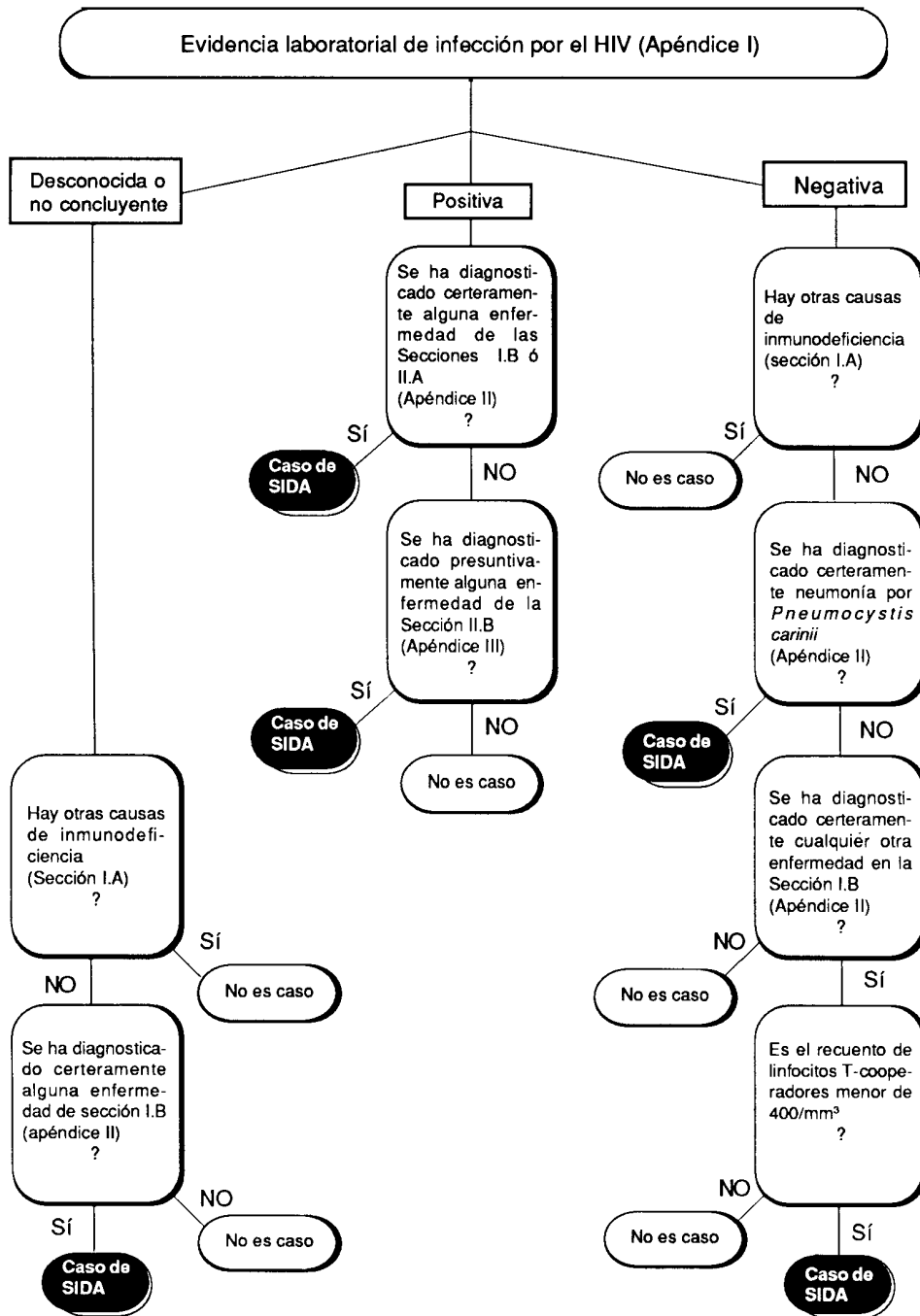
La efectividad de la revisión dependerá de cuán extensamente se usen métodos para anticuerpos anti-HIV. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes con SIDA en los Estados Unidos han aparecido en Nueva York y San Francisco, en donde, desde 1985, menos del 7 por ciento han sido notificados con base en resultados de pruebas de anticuerpos al HIV, comparados con más del 60 por ciento en otras áreas. El impacto de la revisión sobre el número notificado de casos de SIDA también dependerá de la proporción de pacientes con SIDA en quienes las enfermedades indicadoras se diagnosticaron presuntivamente más que definitivamente. El uso de criterios diagnósticos presuntivos varía geográficamente, siendo más común en ciertas áreas rurales y áreas urbanas que tienen muchos pacientes indigentes. Para evitar confusión con respecto a qué debe notificarse a los departamentos de salud, el término "SIDA" deberá referirse sólo a condiciones que satisfacen la definición de vigilancia. Esta definición tiene solamente el propósito de proveer datos estadísticos consistentes para propósitos de salud pública. Los clínicos no dependerán sólo de esta definición para el diagnóstico de enfermedades graves causadas por el HIV en pacientes individuales, porque puede haber información adicional que lleve a un diagnóstico más preciso. Por ejemplo, aquellos pacientes que no

son notificables bajo la definición porque tienen, ya sea una prueba negativa de anticuerpos al HIV, o, en presencia de anticuerpos al HIV, una enfermedad oportunista no listada en la definición como indicadoras del SIDA, no obstante pueden ser diagnosticados como afectados por una seria enfermedad por el HIV en consideración a otras características clínicas o de laboratorio que indiquen infección por el HIV o una historia de exposición al HIV.

Contrastando, la definición de vigilancia de SIDA rara vez puede clasificar erróneamente otros pacientes de tener enfermedades graves por el HIV, si ellos no tienen prueba de anticuerpos al HIV pero tienen una enfermedad indicadora del SIDA con un antecedente de fondo no relacionado con infección por el HIV, tal como meningitis criptocócica.

El criterio diagnóstico aceptado por la definición del caso de SIDA para vigilancia no debe ser interpretado como paradigma de la buena práctica médica. Los diagnósticos presuntivos se aceptan en la definición porque el descartarlos equivaldría a ignorar la morbilidad substancial resultante de la infección por el HIV. Asimismo, la definición acepta una prueba reactiva para tamizaje de anticuerpos al HIV sin confirmación por una prueba suplementaria porque un resultado de una prueba de tamizaje repetidamente reactiva, en combinación con una enfermedad indicadora, es altamente indicativo de una verdadera enfermedad por el HIV. Para propósitos de vigilancia nacional, la pequeña proporción de pruebas de tamizaje posiblemente falso-positivas, en personas con enfermedades indicadoras por infección por el HIV, es de poca consecuencia. Para el paciente individual, sin embargo, un diagnóstico correcto es crítico. Se recomienda fuertemente, por lo tanto, el uso de pruebas complementarias. Un aumento en el uso diagnóstico de las pruebas de anticuerpos al HIV podría mejorar la calidad de la atención médica y la función de la nueva definición del caso, así como ayudar en la provisión de consejo para prevenir la transmisión del HIV.

FIGURA 1. Flujograma de la definición revisada por el CDC del caso de SIDA, septiembre 1, 1987



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): WHO/CDC case definition for AIDS. WHO Wkly Epidemiol Rec. 1986; 61: 69- 72.
2. Haverkos HW, Gottlieb MS, Killen JY, Edelman R. Classification of HTLV-III/ LAV-related diseases (Letter). *J Infect Dis* 1985; 152: 1095.
3. Redfield RR, Wright DC, Tramont EC. The Walter Reed staging classification of HTLV-III infection. *N Eng J Med* 1986; 314: 131-132.
4. CDC. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections. *MMWR* 1986; 35: 334-139.
5. CDC. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. *MMWR* 1987; 36: 225 —230, 235.
6. Hardy AM, Starcher ET, Morgan WM, et al. Review of death certificates to assess completeness of AIDS case reporting. *Pub Hlth Rep* 1987; 102 : 386-391
7. Starcher ET, Biel JK, Rivera-Castano R, Day JM, Hopkins SG, Miller JW. The impact of presumtively diagnosed opportunistic infections and cancers on national reporting of AIDS [Abstract]. Washington, DG: III International Conference on AIDS, June 1-5, 1987.

APENDICE 1

EVIDENCIA DE LABORATORIO A FAVOR Y EN CONTRA DE LA INFECCION POR EL HIV

1. A favor de la infección:

Cuando un paciente tiene una enfermedad compatible con SIDA:

- a. una muestra de suero de un paciente = 15 meses de edad, o de un niño < 15 meses cuya madre se pensó que no ha sufrido infección durante el período perinatal del niño, es repetidamente reactiva por anticuerpos al HIV en una prueba de tamizaje (por ejemplo, ensayo inmunoabsorbente enzima-conjugada, ELISA), siempre que alguna prueba subsecuente de anticuerpos al HIV (por ejemplo, Western blot, inmunofluorescencia), si se ha hecho, sea positiva; o
- b. una muestra de suero de un niño < 15 meses, cuya madre se pensó había tenido infección por el HIV durante el período perinatal del niño, que es repetidamente reactiva por anticuerpos al HIV mediante prueba de tamizaje (por ejemplo, ELISA), y tiene niveles aumentados de inmunoglobulinas y por lo menos una de las siguientes pruebas inmunológicas anormales: recuento linfocitario absoluto reducido, recuento de linfocitos CD4 (T-cooperadores) deprimido, o cociente CD4/CD8 (cooperadores/supresores) disminuido siempre que las pruebas de anticuerpos subsecuentes (por ejemplo, Western blot, inmunofluorescencia), si se hicieron, estén positivas; o
- c. una prueba positiva por antígeno de HIV sérico; o
- d. un cultivo de HIV confirmado ya por detección de transcriptasa inversa; hibridación *in situ* empleando una sonda de ácido nucleico; o una prueba específica de antígeno de HIV; o
- e. un resultado positivo con cualquier otra prueba altamente específica para el HIV (por ejemplo, sonda de ácido nucleico en linfocitos de sangre periférica).

2. En contra de la infección:

Una prueba de tamizaje no reactiva para anticuerpos anti-HIV (por ejemplo, ELISA) sin un resultado reactivo o positivo en cualquier otra prueba para infección por el HIV (por ejemplo, anticuerpos, antígeno, cultivo, si se ha hecho).

3. No concluyente (ni a favor ni en contra de la infección):

- a. una prueba de tamizaje para anticuerpos anti-HIV (por ejemplo ELISA) repetidamente reactiva, seguida de una prueba suplementaria negativa o no concluyente (por ejemplo, Western blot, inmunofluorescencia) sin un cultivo o prueba de antígeno de HIV positivo, si se ha hecho; o
- b. un espécimen de suero de un niño <15 meses, cuya madre se piensa ha tenido infección por el HIV durante el período perinatal del niño, que sea repetidamente reactivo por anticuerpos al HIV mediante prueba de tamizaje, aun si es positiva mediante una prueba suplementaria, sin evidencia adicional de inmunodeficiencia según se describe arriba (en 1.b) y sin un cultivo o prueba de antígeno sérico positivos para el HIV, si se ha hecho.

APENDICE II

MÉTODOS DE DIAGNOSTICO DEFINITIVO PARA LAS ENFERMEDADES INDICADORAS DEL SIDA

Enfermedades

Métodos de diagnóstico definitivos

—criptosporidiosis	
—citomegalovirus	
—isosporesis	
—sarcoma de Kaposi	
—linfoma	
—neumonía linfoide o hiperplasia	microscopía (histología o citología)
—neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	
—leucoencefalopatía multifocal progresiva	
—toxoplasmosis	
	inspección gruesa por endoscopia o microscopía (histología o citología) en un espécimen obtenido directamente de los tejidos afectados (incluyendo raspados de la superficie de la mucosa) pero no de un cultivo
—candidiasis	
	microscopía (histología o citología), cultivo, o detección de antígeno en un espécimen obtenido directamente de los tejidos afectados o fluidos de esos tejidos
—coccidioidomicosis	
—criptococosis	
—virus herpes simples	
—histoplasmosis	
—tuberculosis	
—otras micobacteriosis	cultivo
—salmonelosis	
—otras infecciones bacterianas	
	hallazgos clínicos de disfunción incapacitante cognitiva o motora, interfiriendo con la ocupación o actividad cotidianas, o pérdida de las etapas del desarrollo de la conducta afectando a un niño, progresando en el término de semanas o meses, y en ausencia de enfermedades intercurrentes u otras condiciones ajenas a la infección por el HIV que pudieran explicar los hallazgos. Los métodos para descartar tales enfermedades y condiciones intercurrentes deben contemplar exámenes del líquido cefalorraquídeo, e imágenes cerebrales tomografía computarizada o resonancia magnética) o una autopsia
—encefalopatía por el HIV*	

—síndrome de desgaste por el HIV*

hallazgo de pérdida de peso involuntaria y profunda de > 10 por ciento del peso corporal basal, más diarrea (por lo menos dos deposiciones líquidas por día durante > 30 días) o debilidad crónica y fiebre documentada (durante 30 días, intermitente o constante) en ausencia de una enfermedad concurrente o condición no relacionada con la infección por el HIV que pudiera explicar los hallazgos (por ejemplo, cáncer, tuberculosis, criptosporidiosis, u otra enteritis específica).

* Los métodos de diagnóstico descritos aquí para la encefalopatía y síndrome de desgaste por el HIV no son verdaderamente definitivos, pero son suficientemente rigurosos para propósitos de vigilancia.

APENDICE III

GUIA SUGERIDA PARA EL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE ENFERMEDADES INDICADORAS DE SIDA

Enfermedades	Criterios diagnósticos presuntivos
—candidiasis del esófago	a. inicio reciente de dolor retroesternal al tragar; y b. candidiasis oral diagnosticada por la gruesa apariencia de motas o placas blancas de una base eritematosa o apariencia microscópica de micelio micótico en un espécimen no cultivado raspado de la mucosa oral.
—retinitis por citomegalovirus	en exámenes oftalmológicos seriados, una apariencia característica (por ej. áreas discretas de retina blanquecina con bordes definidos, extendidas en forma centrífuga siguiendo los vasos sanguíneos, progresando durante varios meses, frecuentemente asociadas con vasculitis, hemorragia y necrosis). La resolución de la enfermedad activa deja cicatrices en la retina y atrofia con moteado de pigmento retinal epitelial.
—micobacteriosis	microscopía de una muestra de heces o fluidos corporales de tejidos normalmente estériles de algún sitio que no sea pulmones, piel, nódulos cervicales o mediastinales, mostrando bacilos ácido-resistentes de alguna especie no identificada por cultivo.
—sarcoma de Kaposi	una aparición gruesa característica de una lesión como placa eritematosa o violácea sobre la piel o membrana mucosa. (Nota: el diagnóstico presuntivo del Sarcoma de Kaposi no debería hacerse por clínicos que hayan visto pocos casos).
—neumonía intersticial linfoide	infiltrados pulmonares reticulonodulares intersticiales bilaterales presentes en la placa de rayos X durante >2 meses sin que se identifique patógenos y sin respuesta al tratamiento antibiótico.

—neumonía por *Pneumocystis carinii*

- a. una historia de disnea al esfuerzo, o tos no productiva de inicio reciente (dentro de los últimos 3 meses); y
- b. evidencia a los rayos X del tórax de infiltrados intersticiales bilaterales difusos, o evidencia al examen de galio de enfermedad pulmonar bilateral difusa; y
- c. análisis de gases sanguíneos mostrando una pO₂ arterial de <70 mm Hg o una baja capacidad de difusión respiratoria (<80 por ciento de valores predictivos) o un aumento de la gradiente de tensión de oxígeno alveolo-arterial; y
- d. no hay evidencia de neumonía bacteriana.

—toxoplasmosis del cerebro

- a. inicio reciente de una anomalía neurológica focal compatible con enfermedad intracraniana a un nivel disminuido de la conciencia; y
- b. evidencia por imagen cerebral de una lesión que tiene un efecto de masa (según tomografía computarizada o resonancia magnética) o un hallazgo radiológico el cual se resalta por la inyección de medio de contraste; y

c. anticuerpos séricos anti- *Toxoplasma* o

respuesta exitosa a la terapia para toxoplasmosis.

APENDICE IV

TERMINOS EQUIVALENTES Y CODIGOS DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) PARA LINFOMAS INDICADORES DEL SIDA

Los siguientes términos y códigos describen linfomas indicadores del SIDA en pacientes con evidencia serológica de infección por el HIV (Sección II.A.8 de la definición de caso de SIDA). Muchos de estos términos son obsoletos o equivalentes entre sí.

CIE—9—CM (1978)

Códigos Términos

- 200.0 **Reticulosarcoma**
linfoma (maligno): sarcoma histiocítico reticulocelular (difuso): tipo celular pleomórfico o de otra manera no especificado
- 200.0 **Linfoma o tumor de Burkitt**
linfoma maligno, tipo Burkitt

CIE—O (Tipos Oncológicos Histológicos 1976)

Códigos Términos

- 9600/3 **Linfoma maligno, tipo celular indiferenciado**
no-Burkitt o de otra manera no especificado
- 9601/3 **Linfoma maligno, tipo de la célula pluripotencial**
linfoma de la célula pluripotencial
- 9612/3 **Linfoma maligno, tipo inmunoblástico**
sarcoma inmunoblástico, linfoma inmunoblástico, o linfomasarcoma inmunoblástico
- 9632/3 **Linfoma maligno, tipo centroblástico**
difuso o de otra manera no especificado, o sarcoma germinoblástico: difuso o de otra manera no especificado
- 9633/3 **Linfoma maligno, de células centrofoliculares, no hendido**
difuso o de otra manera no especificado
- 9640/3 **Reticulosarcoma, de otra manera no especificado**
linfoma maligno, histiocítico: sarcoma reticulocelular difuso o de otra manera no especificado, de tipo reticulocelular
- 9641/3 **Reticulosarcoma, tipo celular pleomórfico**
linfoma maligno, histiocítico, sarcoma reticulocelular pleomórfico, tipo celular pleomórfico
- 9750/3 **Linfoma de Burkitt o tumor de Burkitt**
linfoma maligno, indiferenciado, linfoma maligno de tipo Burkitt, linfoblástico, tipo Burkitt.