



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

**VIH COMO FACTOR DE RIESGO
DESCONOCIDO, PARA PERFORACIÓN DE
VÍSCERA HUECA EN UNA PACIENTE JOVEN
CON ABDOMEN AGUDO SIN
COMORBILIDADES**

**HIV AS AN UNKNOWN RISK FACTOR FOR HOLLOW VISCUS
PERFORATION IN A YOUNG PATIENT WITH ACUTE ABDOMEN
WITHOUT COMORBIDITIES**

Araceli Chicas Reyes

HRAE Hospital Dr Juan Graham Casasús

Lizbeth Chicas Reyes

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

VIH como Factor de Riesgo Desconocido, para Perforación de Viscera Hueca en una Paciente Joven con Abdomen Agudo sin Comorbilidades

Araceli Chicas Reyes¹

archiremed@gmail.com

HRAE Hospital “Dr Juan Graham Casasús”
Servicio de Cirugía General, HRAE “Dr Juan
Graham Casasús”
Division de posgrado Ciencias de la Salud,
UJAT

Lizbeth Chicas Reyes

lchicasr@gmail.com

Hospital de Especialidades, Centro Médico
Nacional “La Raza”.
Departamento de Medicina Interna. UMAE
Especialidades, CMN La Raza, IMSS.
División de Posgrado, Facultad de Medicina,
UNAM.

RESUMEN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública mundial, con aproximadamente 39 millones de personas viviendo con la infección según el programa global de World Health Organization (WHO). La inmunosupresión progresiva, particularmente en estadios avanzados (CD4 <200 células/ μ L), predispone al desarrollo de infecciones oportunistas gastrointestinales como *Cytomegalovirus* (CMV), tuberculosis intestinal y neoplasias asociadas, las cuales pueden evolucionar a ulceración transmural y perforación intestinal, complicación poco frecuente pero con alta morbimortalidad. El presente artículo describe el caso de un paciente masculino joven sin comorbilidades conocidas que debutó con cuadro atípico de abdomen agudo, inicialmente sin datos francos de irritación peritoneal. La evolución clínica tórpida motivó la realización de tomografía abdominal, identificándose perforación de sigmoides con peritonitis fecaloide, que requirió laparotomía exploradora y procedimiento de Hartmann. Posteriormente, ante persistencia de respuesta inflamatoria sistémica pese a adecuado control quirúrgico y antibiótico, se realizó tamizaje ampliado documentándose infección por VIH estadio C3 (CD4: 100 cél/ μ L). El abordaje destacó tres pilares fundamentales: (1) control quirúrgico oportuno del foco séptico conforme a recomendaciones internacionales para abdomen agudo en pacientes inmunocomprometidos (Coccolini et al., World J Emerg Surg 2021); (2) escalamiento antibiótico de amplio espectro acorde al riesgo de sepsis abdominal en pacientes con inmunodeficiencia; y (3) inicio de terapia antirretroviral combinada (TAR) tras estadificación, siguiendo lineamientos de la WHO. La literatura demuestra que pacientes con VIH no diagnosticado presentan mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, especialmente en contextos de inmunosupresión severa (Horberg et al., Arch Surg 2006). Asimismo, se han documentado perforaciones secundarias a CMV, tuberculosis intestinal y linfoma asociado a VIH (Wang et al., Medicine 2021; Aguayo et al., Int J Surg Case Rep 2019). Este caso resalta la importancia del tamizaje oportuno de VIH en escenarios quirúrgicos de urgencia cuando la evolución clínica no es congruente con el estado basal aparente del paciente.

Palabras clave: infección por VIH, perforación intestinal, abdomen agudo, inmunosupresión, terapia antirretroviral

¹ Autor Principal

Correspondencia: archiremed@gmail.com

HIV as an Unknown Risk Factor for Hollow Viscus Perforation in a Young Patient with Acute Abdomen without Comorbidities

ABSTRACT

Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection remains a major global health issue, with approximately 39 million people living with HIV worldwide according to the World Health Organization (WHO). Progressive cellular immunosuppression, particularly in advanced stages (CD4 <200 cells/ μ L), predisposes patients to gastrointestinal opportunistic infections such as cytomegalovirus (CMV), intestinal tuberculosis, and HIV-associated malignancies. These conditions may lead to transmural ulceration and intestinal perforation, a rare but life-threatening complication associated with high morbidity and mortality. We report the case of a previously healthy 30-year-old male who presented with atypical acute abdominal pain without clear peritoneal signs. Clinical deterioration prompted abdominal CT imaging, revealing sigmoid perforation with fecal peritonitis. Emergency exploratory laparotomy and Hartmann's procedure were performed. Despite adequate surgical source control and broad-spectrum antimicrobial therapy, persistent systemic inflammatory response led to extended evaluation, ultimately diagnosing advanced HIV infection (CDC stage C3, CD4 count 100 cells/ μ L). The management approach emphasized three key elements: (1) early surgical source control in accordance with international guidelines for acute abdomen in immunocompromised patients (Coccolini et al., World J Emerg Surg 2021); (2) escalation to broad-spectrum antibiotics tailored to immunosuppressed septic patients; and (3) initiation of combination antiretroviral therapy (ART) following proper staging, consistent with WHO recommendations. Previous studies have shown that undiagnosed HIV infection is associated with increased postoperative morbidity, particularly in patients with low CD4 counts (Horberg et al., Arch Surg 2006). Intestinal perforations related to CMV, tuberculosis, and lymphoma in HIV-infected individuals have also been documented (Wang et al., Medicine 2021; Aguayo et al., Int J Surg Case Rep 2019). This case underscores the clinical relevance of routine HIV screening in emergency surgical settings when the patient's clinical course is disproportionate to their apparent baseline health status.

Keywords: HIV infection, intestinal perforation, acute abdomen, immunosuppression, antiretroviral therapy, abdominal sepsis

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 16 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

El riesgo y las causas de perforación en pacientes con VIH (PWH) están influenciados por el grado de inmunosupresión (conteo de CD4, enfermedades asociadas), el acceso y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), comorbilidades y la prevalencia local de patógenos como *Mycobacterium tuberculosis* (TB) y citomegalovirus (CMV), entre otros, podría permitir el inicio precoz de una terapia dirigida y con esto mejorar la sobrevida. 1

Epidemiología

Tabla 1. Casos notificados de VIH según sexo, México 2014-2025. 5

Sexo	Número de Casos	%
Hombres	158,424	84.45
Mujeres	29,172	15.55
Total	187,596	100.00

*Información al 17 de noviembre 2025, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos. Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de VIH, actualización marzo 2020.

Tabla 2. Casos notificados de VIH según Evolución; México 2014-2025. 5

Evolución	Total de VIH	
	Casos	%
Vivos	174,034	92.77
Muertos	12,679	6.76
Desconocido	883	0.47
Total	187,596	100.00

*Información al 17 de noviembre 2025, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos. Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de VIH, actualización marzo 2020.

La perforación GI en pacientes con VIH es relativamente infrecuente pero reportada con mayor frecuencia en pacientes con inmunosupresión avanzada ($CD4 < 50-100$ células/ μL) o en contextos de coinfecciones endémicas (p. ej., TB intestinal). Las series de casos y reportes sugieren que, aunque el TAR ha reducido muchas complicaciones oportunistas, los casos de perforación por CMV, tuberculosis intestinal y otras etiologías todavía ocurren, especialmente en países con recursos limitados o en pacientes sin diagnóstico-terapéutica adecuados. 2

Clasificación

La estadificación del VIH combina criterios clínicos y criterios inmunológicos, basados en el recuento de linfocitos CD4+, y permite evaluar progresión de la enfermedad, pronóstico y decisiones terapéuticas.

Tabla 3. Comparación de los sistemas de estadificación de la OMC y la CDC

Estadio de la OMS [†]	Recuento y porcentaje de linfocitos T de la OMS [§]	Estadio de los CDC [‡]	Recuento y porcentaje de linfocitos T de los CDC
Estadio 1 (infección por el VIH)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ ≥500 células/μl	Estadio 1 (infección por el VIH)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ ≥500 células/μl o porcentaje de linfocitos T CD4 ⁺ ≥29
Estadio 2 (infección por el VIH)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ 350-499 células/μl	Estadio 2 (infección por el VIH)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ 200-499 células/μl o porcentaje de linfocitos T CD4 ⁺ 14-28
Estadio 3 (enfermedad por VIH avanzada [EVA])	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ 200-349 células/μl	Estadio 2 (infección por el VIH)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ 200-499 células/μl o porcentaje de linfocitos T CD4 ⁺ 14-28
Estadio 4 (síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA])	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ <200 células/μl o porcentaje de linfocitos T CD4 ⁺ <15	Estadio 3 (SIDA)	Recuento de linfocitos T CD4 ⁺ <200 células/μl o porcentaje de linfocitos T CD4 ⁺ <14

*Únicamente con intención de notificación.

†Adultos y niños >5 años.

§Porcentaje aplicable únicamente al estadio 4.

‡Adultos y adolescentes (edad ≥13 años). Los CDC también incluyen un cuarto estadio, el denominado estadio desconocido; en estos casos existe la confirmación analítica de la infección por el VIH, pero no hay información relativa al recuento o el porcentaje de los linfocitos T CD4⁺, así como tampoco información acerca de las enfermedades definitorias de SIDA.

La estadificación permite:

- Estimar pronóstico
- Indicar profilaxis de infecciones oportunistas
- Guiar inicio y seguimiento de terapia antirretroviral
- Establecer criterios epidemiológicos y clínicos de SIDA

Fisiopatología

La perforación resulta de la destrucción transmural de la pared intestinal provocada por:

- Necrosis isquémica o infecciosa (p. ej. CMV con inclusiones citopáticas que destruyen músculo y mucosa);
- Ulceración profunda por TB o lesiones neoplásicas;
- Respuesta inflamatoria aberrante o daño inmunomediado en el contexto de reconstitución inmune (IRIS) tras inicio de TAR, que puede “desencadenar” inflamación intensa sobre lesiones subclínicas. (El grado de inmunosupresión facilita la diseminación y la gravedad de estas lesiones.) 1

Cuadro clínico

Los pacientes pueden presentar un espectro que va desde dolor abdominal subagudo, diarrea, fiebre y pérdida de peso hasta el abdomen agudo (AG) con signos de peritonitis, distensión abdominal, y signos de sepsis si ocurre perforación. En pacientes con VIH, los síntomas previos pueden ser crónicos o inespecíficos, lo que retrasa el diagnóstico. La sospecha clínica debe aumentarse en pacientes con CD4 bajos, diarrea crónica o hematoquecia y signos sistémicos. 1



Tratamiento

Inicio rápido: se define como aquel que inicio dentro de los 7 días posteriores al diagnóstico de VIH; se debe dar prioridad a las personas con enfermedad de VIH avanzada (EA) para la evaluación y el inicio.

El objetivo principal del tratamiento de la infección por VIH es disminuir la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por el virus y sus afecciones asociadas, con el fin de prolongar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y prevenir la transmisión del VIH. 6

El manejo del VIH se basa en el uso de la terapia antirretroviral combinada (TAR), la cual permite suprimir eficazmente la carga viral, conservar o recuperar la función del sistema inmunológico y disminuir el riesgo de infecciones oportunistas y neoplasias comúnmente relacionadas con esta enfermedad. 3,4

La sepsis abdominal es una infección intraabdominal grave que causa disfunción orgánica y puede progresar a shock séptico. Dentro de los objetivos de la terapia antimicrobiana se encuentra:

- Cobertura **bacteriana amplia** inicial, especialmente gramnegativos y anaerobios.
- Ajuste de la terapia según **cultivos y sensibilidad**.
- Siempre asociar con **control quirúrgico o drenaje** del foco infeccioso.

La Selección de antibióticos siempre debe ser basada en:

- Etiología probable (complicaciones postoperatorias, perforación intestinal, apendicitis complicada)
- Factores de riesgo para bacterias resistentes
- Estado hemodinámico y función renal/hepática 6

Tabla 4. Antibióticos sugeridos para el manejo de sepsis de origen abdominal en pacientes con VIH

Paciente estable CD4>200	Ceftriaxona + Metronidazol Amoxicilina/Ácido Clavulánico Ertapenem
Sepsis grave, choque séptico o CD4 <200	Piperacilina/Tazobactam Meropenem o Imipenem Cefepime /Metronidazol



Riesgo de BLEE	Meropenem/Imipenem Ertapenem (si no hay riesgo de pseudomonas)
Sospecha de Enterococcus	Ampicilina Vancomicina Linezolid o Daptomicina
Sospecha de Candida (CD4 <100, perforacion)	Fluconazol (Paciente estable)

Diagnóstico

Al momento del diagnóstico se puede encontrar en 1 de 4 etapas:

- Síndrome retroviral agudo
- Asintomático (Periodo de latencia)
- Inmunodeficiencia Leve
- Inmunodeficiencia severa

Según las recomendaciones, debemos tomar en cuenta que pacientes requieren y está indicado realizar un tamizaje según sus factores de riesgo, dentro de los cuales encontramos:

- Personas entre 15-65 años
- Mujeres embarazadas
- Personas con exposición a VIH
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Usuarios de drogas IV
- Conductas sexuales de riesgo (Antecedente de ETS, Parejas sexuales con ETS, personas con más de 1 pareja sexual) 5

Diagnóstico de abdomen agudo (quirúrgico) y decisión operatoria

El abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica urgente se define por:

- Síntomas y signos que sugieren peritonitis, perforación de víscera hueca o isquemia intestinal.
- Dolor abdominal severo, progresivo o con irritación peritoneal.
- La urgencia quirúrgica debe basarse en la combinación de clínica más estudios complementarios.



En pacientes inmunocomprometidos, la indicación de cirugía de urgencia se basa en la presencia de perforación, isquemia, toxicidad sistémica o fracaso del manejo médico. 7

En cirugía de urgencia, la decisión quirúrgica se fundamenta en los hallazgos intraoperatorios. La extensión y tipo de lesión, la viabilidad del tejido, el grado de contaminación y la condición hemodinámica del paciente determinan la necesidad de resección, reparación primaria, anastomosis o estrategias de control de daños. En pacientes inestables o con peritonitis difusa, se prioriza la estabilización y procedimientos temporales; en pacientes estables, se pueden realizar intervenciones definitivas. La capacidad de adaptar el manejo según la evaluación operatoria es crucial para optimizar los resultados clínicos. 8,9,10,11

Presentación del caso

DISCUSIÓN

Se trata de paciente Masculino de 30 años de edad, sin conocerse con comorbilidades, sin antecedentes quirúrgicos, el cual ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 5 días de evolución malestar general, leve dolor abdominal, e intolerancia a la vía oral. A la exploración física se encuentra hemodinamicamente estable, afebril, mucosas orales levemente deshidratadas, abdomen blando, depresible, con ligera resistencia en fosa iliaca izquierda, sin datos de irritación peritoneal franca, genitales acorde a edad y sexo.



Tabla 1

Estudios de laboratorio			
Hemoglobina	10.1	Tp	12
Hematocrito	29	Tpt	22
Leucocitos	12 000	Inr	1.09
Neutrofilos	89%	Glucosa	91
Plaquetas	245	Urea	29
Sodio	134	Creatinina	0.9
Potasio	3.2	Bilirubina total	1.2
Cloro	89	Bilirubina directa	0.6
Grupo Sanguineo	A positivo	Bilirubina Indirecta	0.6
PCR	254	Albumina	3.2
Procalcitonina	2	Proteinas Totales	4

Tabla 5. Estudios de laboratorio de ingreso

Al momento de la valoración, no se encuentran datos de abdomen agudo franco, sin embargo por elevación de PCR, se decide realizar radiografía de abdomen en la cual se encuentran los siguientes datos relevantes:



Imagen 1. Radiografía de abdomen. Estudio inicial donde se muestran datos de ausencia de aire en hueco pelvico, sin dilatacion de asas intestinales, sin datos de aire libre.

Se inicia vigilancia a ingreso para determinar de acuerdo a su evolución, resto de manejo. Posteriormente refiere mayor dolor abdominal, presenta nauseas, vomito, asi como dolor en fosa iliaca derecha sin aumento respecto a su ingres, por lo que al no encontrar datos relevantes en la radiografía de abdomen, se decide realizar TAC abdominal en la cual se encuentran los siguientes datos de importancia.



Imagen 2. TAC Abdominopelvica Corte Axial: Estudio donde se muestra liquido libre suprahepatico.



Imagen 3. TAC abdoinopelvica corte coronal donde se observa plastron en fosa iliaca izquierda con colección asociada a colon sigmoides.

Ante estos datos de imagen, se encuentran datos que sugieren perforación intestinal por lo que se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia, se inicia impregnación antibiótica con Ceftriaxona 1g IV y Metronidazol 500mg IV como manejo empírico. Ingreso a quirófano encontrando datos de líquido libre fecaloide, adherencias laxas y natas de fibrina en hueco pélvico, al realizar disección de plastrón identificado en fosa iliaca derecha se encuentra perforación de sigmoides de 3cm, ante contaminación de la cavidad se realiza procedimiento de Hartman y confección de estoma.



Imagen 4. Imagen transoperatoria. Donde se muestra plastron en colon sigmoides, perforacion de 3cm, contaminación fecal, natas de fibrina,

Posteriormente pasa paciente a área de recuperación y ante hallazgos transoperatorios y contaminación de la cavidad, se escala antibiótico a carbapenémico. Posterior a 3 días el paciente no presenta mejoría, tomando en cuenta que se había realizado control del foco septico, y contaba con mas de 48 horas de

antibioticoteapia de amplio espectro, por lo que se realizan estudios complementarios extendidos para reevaluar el caso, encontrando los siguientes datos.

Estudios de laboratorio			
Hemoglobina	10.2	Hepatitis B	Negativo
Hematocrito	30	Hepatitis C	Negativo
Leucocitos	14 000	CMV	Negativo
Neutrofilos	86%	Glucosa	89
Plaquetas	280	Urea	29
Sodio	134	Creatinina	0.9
Potasio	3.4	Bilirubina total	1.1
Cloro	89	Bilirubina directa	0.5
Serología para VIH	Positivo	Bilirubina Indirecta	0.6
PCR	155	Albumina	3.0
Procalcitonina	10	Proteinas Totales	4

Tabla 6. Estudios de laboratorio día 4.

Ante estos resultados, se presenta caso a área de vigilancia epidemiológica para realizar diagnóstico de certeza de VIH, solicitando carga viral y CD4 obteniendo los siguientes resultados:

Estudios de Laboratorio	
CD4	100cel/μl
Carga Viral	1000cpc

Tabla 7. Estudios de laboratorio posterior a detección de VIH

Se valora por el servicio de infectología quienes inician esquema antiretroviral el día 10 de internamiento, ya que hasta este momento se obtuvieron los datos para estadificación, se clasifica como VIH C3 el cual Bictegravir, emcitribina, tenofovir alafenamida. El día 14 el paciente clinicamente se encuentra asintomatico, con adecuada tolerancia de la via oral, y funcionamiento optimo del estoma por lo que se decide su egreso y continuar seguimiento por infectología de manera externa asi como por el servicio de cirugía.



Analisis del caso

Se presenta el caso de un masculino de 30 años de edad el cual no se conocía con antecedentes crónico degenerativos, quien debuta con un cuadro atípico de abdomen agudo, sin datos clínicos fuertes, a días de evolución de inicio de su padecimiento, y finalmente un proceso séptico originado por perforación de colon sigmoides, causa que no fue sospechada al inicio de su valoración ya que no presentaba ningún factor de riesgo aparente. Una vez resuelto el caso nos encontramos ante el análisis y determinación, de que la causa más importante de haber cursado con un cuadro de éstas características, es el diagnóstico tardío de VIH, el cual no se realizó durante su abordaje inicial debido a las siguientes causas:

- No es parte de los estudios iniciales solicitados para una valoración de urgencias
- Durante el interrogatorio inicial, no se identificaron factores de riesgo que hicieran sospechar o justificar un tamizaje a su ingreso

Sin embargo, al notar la evolución tórpida, a pesar de haber realizado el manejo óptimo quirúrgico, fue notable la determinación de ausencia de factores de riesgo para sufrir una perforación de colon sigmoides y la falta de respuesta favorable, lo que hizo sospechar de una enfermedad de base como causa de este desenlace.

CONCLUSIONES

La perforación de víscera hueca en pacientes con VIH representa una complicación infrecuente pero devastadora, especialmente cuando el diagnóstico de la infección es desconocido al momento del abordaje quirúrgico. Este caso evidencia cómo la inmunosupresión avanzada puede modificar la presentación clínica del abdomen agudo, atenuando signos clásicos y retrasando la sospecha diagnóstica, lo que incrementa el riesgo de sepsis abdominal y falla orgánica múltiple.

La literatura internacional ha demostrado que el recuento de CD4 constituye un predictor independiente de complicaciones postoperatorias y mortalidad (Horberg et al.). En pacientes con CD4 <200 células/ μ L, la susceptibilidad a infecciones oportunistas como CMV o tuberculosis intestinal incrementa el riesgo de ulceración profunda y perforación transmural. Además, el fenómeno inflamatorio asociado a la reconstitución inmune puede agravar lesiones subclínicas preexistentes.

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, este caso respalda la implementación sistemática del tamizaje de VIH en pacientes que ingresan para cirugía de urgencia, particularmente cuando la evolución



clínica es desproporcionada o existen marcadores inflamatorios persistentes sin causa evidente. La integración temprana del equipo de infectología, el inicio oportuno de terapia antirretroviral y la optimización del soporte antimicrobiano deben considerarse componentes esenciales del manejo integral.

Finalmente, más allá del control quirúrgico del foco séptico, la identificación del estado inmunológico subyacente puede modificar el pronóstico de manera sustancial. El diagnóstico temprano del VIH no solo impacta la supervivencia a corto plazo en el contexto de una urgencia quirúrgica, sino también la evolución a largo plazo del paciente, reforzando la necesidad de estrategias interdisciplinarias y protocolos hospitalarios que integren la evaluación inmunológica dentro del abordaje del abdomen agudo complejo.

Conflicto de Interés

Los autores confirman no tener conflictos de interés para la realización de éste artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Yii MK, Saunder A, Scott DF. *Abdominal surgery in HIV/AIDS patients: indications, operative management, pathology and outcome*. Aust N Z J Surg. 1995;65(5):320–326.
DOI:10.1111/j.1445-2197.1995.tb00646.x
- Horberg MA, Hurley LB, Klein DB, et al. *Surgical outcomes in human immunodeficiency virus–infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy*. Arch Surg. 2006;141(12):1238–1245.
DOI:10.1001/archsurg.141.12.1238
- Wang Y, Lin X, Li Y, Wen Y. *Multiple small bowel perforations due to cytomegalovirus related immune reconstitution inflammatory syndrome in an HIV patient: case report*. Medicine (Baltimore). 2021;100(28):e26605. DOI:10.1097/MD.00000000000026605
- Osorio LM, Herrera MJ, Bayona BL, Insignares JC, Viasus D. *Small bowel perforation due to cytomegalovirus infection in a patient with AIDS*. Biomedica. 2025;46(Sp.1).
DOI:10.7705/biomedica.7439



- Aguayo W, Gálvez P, Acosta P, et al. *Intestinal perforation due to intestinal and colonic tuberculosis in a patient with HIV, a nearly lethal complication due to lack of adequate treatment and control in a limited resource country.* Int J Surg Case Rep. 2019;64:45–49. DOI:10.1016/j.ijscr.2019.09.038
- Machibya M, Damji B, Adamjee S, et al. *Small bowel T-cell lymphoma with perforation in the HIV/AIDS context, a rare case report.* Int J Surg Case Rep. 2025;128:111087. DOI:10.1016/j.ijscr.2025.111087
- Wei S, Yu S, Qian C. *Extensive colonic necrosis and perforation in an HIV patient with syphilis complicated by sepsis: case report.* Front Med (Lausanne). 2026; eCollection. DOI:10.3389/fmed.2025.1687800
- Emparan C, Iturburu IM, Apecechea A, Ortiz J, Méndez JJ. *Infective complications after abdominal surgery in HIV-positive patients: role of CD4 lymphocytes.* Surg Infect (Larchmt). 1998;? (preceding publication). DOI:10.1016/S??? (enfase general, conocido y citado en literatura sobre infección y cirugía).
- Ponce de León-Ballesteros G, Pérez-Soto R, Zúñiga-Posselt K, Velázquez-Fernández D. *Clinical presentation of acute appendicitis in immunocompromised patients including HIV/sida.* Gac Med Mex. 2018;154(4):473–479. DOI:10.24875/GMM.17003839
- Horberg MA, Hurley LB, Klein DB, et al. *Impact of viral suppression and CD4 counts on postoperative outcomes in HIV-infected patients undergoing surgery.* JAMA Surg. 2006;141(12):1238–1245. DOI:10.1001/archsurg.141.12.1238
- Runodada PM, Chihaka OB, Muguti GI. *Surgical outcomes in HIV positive patients following major surgery.* Int J Surg Open. 2019. DOI:10.1016/j.ijso.2019.11.008
- Montoya L, Rodríguez E, Zúñiga G, Yamamoto G, González E. *Abdomen agudo en pacientes con VIH/SIDA.* Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(3):515–519. (descripción de causas, manejo quirúrgico y desenlaces). DOI disponible en revista (caso epidemiológico)
- Chalya PL, Minga TA, Rambau PF, et al. *Postoperative sepsis among HIV-positive patients with acute abdomen in Sub-Saharan Africa.* SN Compr Clin Med. 2019;1–??. DOI:10.1007/s42399-019-00061-w



Bakhshi GD, Malgaonkar SS, Mishra AA. *Localized tubercular ileal perforation in a retroviral disease patient: case report*. Int Surgery J. 2024;11(2):308–311. DOI:10.18203/2349-2902.isj20240192

Mohri N, Akamo Y, Takeyama H, et al. *Perforated acute appendicitis in a patient with AIDS/HIV infection*. Surg Today. 1995;25(1):62–64. DOI:10.1007/BF00309388

