



Cátedra de  
Enfermedades Infecciosas

[www.infectologia.edu.uy](http://www.infectologia.edu.uy)

# Caso clínico

Lunes 19 de setiembre

Dra. Macarena Vidal  
Residente de Enfermedades Infecciosas  
Cátedra de Enfermedades Infecciosas  
Facultad de Medicina, UdelaR



## Historia clínica

- Paciente de 51 años, VIH diagnosticado en 2008, regulares controles , sin tratamiento antirretroviral (TARV), sífilis tratada con VDRL ½, no otras coinfecciones.
- Asmático intermitente leve, hipertiroidismo en tratamiento con metidazol.
- Internado en hospital Saint Bois por neumocistosis pulmonar desde donde es enviado con diagnóstico presuntivo de histoplasmosis presentando lesiones en piel peribucales y hallazgos de Fibrobroncoscopía que muestra lesiones a nivel de narinas congestivas exudativas



- Del examen físico del ingreso paciente con buen estado general, normocoloreado, lesiones costrosas a nivel labial superior y nasal, dolorosas (paciente refiere que comienzan como vesículas agrupadas exudativas que evolucionan a lesiones costrosas) resto de la piel sin lesiones
- Bucofarinfe, muguet oral, faltan piezas dentarias.
- Resto del examen normal.



# Cátedra de Enfermedades Infecciosas

[www.infectologia.edu.uy](http://www.infectologia.edu.uy)





- en suma: - 51 años VIH estadio SIDA sin TARV
- inmunodepresión severa
  - neumocistosis pulmonar 7 /2011
  - candidiasis orofaríngea
  - Por las características evolutivas de las lesiones de piel se plantea infección por virus de herpes simple



- Diagnostico diferencial:  
Histoplasmosis diseminada con compromiso cutáneo, por lo cual se realizó estudio micológico de lesiones de piel
- Se comenzó tratamiento empírico para Herpes simple con aciclovir vía oral.
- Se comenzó valoración para inicio de TARV.



- Resultados:  
Estudio micológico de lesiones de piel: no evidenció elementos fúngicos.  
Valoración para inicio de tratamiento antirretroviral:  
Carga viral: 285700 copias  
Población linfocitaria: 28 CD4 mm<sup>3</sup>  
Serología para virus de hepatitis B y C no reactivo.  
Hemograma sin elementos de anemia, función renal y función hepática normal.  
Consulta psicosocial para fortalecer medidas de adherencia a tratamiento.



## EVOLUCIÓN:

las lesiones de piel evolucionan a la curación a los 7 días del ingreso con el tratamiento instituido.

Se otorga alta al noveno día con control en policlínica para iniciar TARV.





- Plan de inicio de Tratamiento antirretroviral:  
Zidovudina AZT  
Lamivudina 3TC  
Efavirenz EFV

Basado en:

- Paciente virgen de tratamiento
- disponibilidad en nuestro medio: si bien existen combinaciones mas efectivas TDF/FTC, TDF/3TC
- sin contraindicaciones para su uso: ej. hematológicas (AZT), patología psiquiátrica (EFV)
- EFV excelente potencia ;menor barrera genética que Inhibidores de proteasa ( reserva para segunda instancia)



# Herpes simple

- El tratamiento antivírico del herpes oro-labial disminuye los síntomas locales, acelera la curación de las lesiones, disminuye la eliminación de partículas virales con lo cual disminuye la probabilidad de transmisión, previene la aparición de nuevas lesiones y disminuye el riesgo de progresión o diseminación de las lesiones ya existentes.
- Las pautas más habituales de tratamiento se basan en aciclovir, famciclovir\* o valaciclovir por vía oral durante 7-10 días **(AII)**

\* No disponible en Uruguay

	Tratamiento de elección	Tratamientos alternativos
Infecciones producidas por virus herpes-simple	<p><b>Herpes oro-labial o genital no grave</b> Aciclovir 400 mg vo c/ 8 h o aciclovir 200 mg vo 5 veces al día o famciclovir 500 mg vo c/ 12 h o valaciclovir 1 g vo c/ 12 h; durante 7-10 días</p> <p><b>Herpes oro-labial o genital grave</b> Tratamiento inicial con aciclovir 5 mg/Kg IV c/8 h. Continuar con aciclovir 400 mg vo c/8 h o famciclovir 500 mg vo c/ 12 h o valaci- clovir 1 g vo c/ 12 h, hasta que las lesiones hayan curado.</p> <p><b>Herpes genital recurrente</b> Terapia supresora crónica con aciclovir 400- 800 mg vo c/8-12h, o valaciclovir 500-1000 mg vo c/12-24h, o famciclovir 250 mg vo c/12 h.</p> <p><b>Encefalitis herpética</b> Aciclovir 10 mg/Kg IV c/8 h durante 14-21 días.</p>	<p>En herpes refractario/VHS resistente a aciclovir, foscar- net 40 mg/kg IV c/8 h o fos- carnet 60 mg/kg IV c/12 h o cidofovir 5 mg/kg IV semanal o tratamiento tópico con foscar- net al 1%, cidofovir al 3% o trifluridina (fórmulas magistra- les)</p>



# Histoplasmosis cutánea:

- Las manifestaciones cutáneas en 10 al 25% de pacientes con SIDA son consecuencia de progresión de infección diseminada.
- la presencia de lesiones cutáneas debe hacernos sospechar precozmente en esta entidad ya que la biopsia de la misma nos puede llevar al diagnóstico y tratamiento precoz.
- población de riesgo : VIH con recuento de linfocitos CD4 por debajo de 150 a 200pormm<sup>3</sup>
- lesiones pueden involucionar hasta resolverse espontáneamente , en otros casos pueden progresar crónicamente
- Existen iversas lesiones descritas en la literatura: máculas, pápulas difusas, nódulos, úlceras, pústulas, foliculitis, vesículas, púrpura, placas verrucosas, lesiones similares al eritema multiforme y a La rosácea y dermatitis exfoliativa

S. *Histoplasma capsulatum*. En: Mandell GL, Bennett JE, and Dolin R (eds). Principles and practice of infectious diseases, 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005; pp 2718-2733.

PECHING.G.,et al. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA AGUDA: ENFOQUE DE MANIFESTACIONES CUTÁNEAS. *Folia Dermatol.* **2004**, 15(3):.172-175. .