



Cátedra de
Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy

Caso clínico

3 de octubre de 2011.

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



- Paciente de 23 años sexo femenino.
- VIH diagnostico en 2009 irregulares controles
- Nunca recibió TARV, niega Infecciones oportunistas y coinfecciones.
- Desconoce carga viral y CD4
- Comienza una semana antes de consultar con dolor intenso a nivel de hemitorax izquierdo con lesiones vesiculares agrupadas a nivel de dorso y axilar izquierdo, fiebre en una oportunidad.
- Agrega en la evolución tos productiva con expectoración mucosa, disnea a moderados esfuerzos .



- Al examen regular estado general, en apirexia normo coloreado, lesiones en piel vesiculares en distintos estadios evolutivos a nivel de dermatomas T2, T3, T4.
- Pleuro pulmonar : estertores subcrepitantes difusos. Saturación de O₂ 96%.
- No focalidad neurológica ni rigidez de nuca.
- Resto del examen sin alteraciones



Cátedra de Enfermedades Infecciosas

www.infectologia.edu.uy





- RXTX: infiltrado intersticial predominio hilar bilateral.
- Tomografía computada de TX: imagen en **vidrio deslustrado** a predominio hilar bilateral.

Herpes Zoster multimetamérico +

infección respiratoria



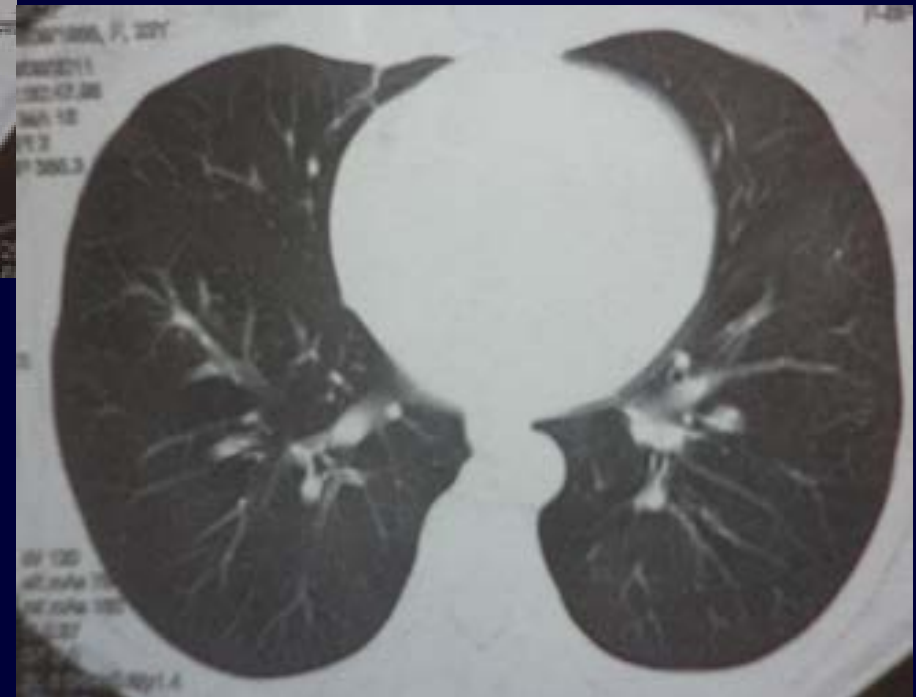
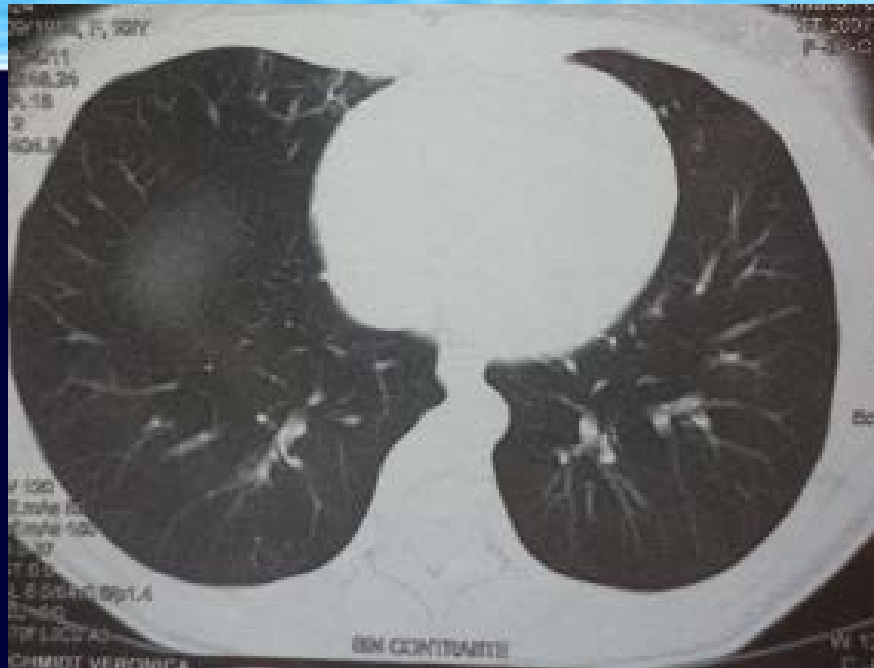
neumocitosis?



inespecífica?



por virus Varicela Zoster?





- Se comenzó tratamiento con aciclovir i/v .

También para gérmenes respiratorios inespecíficos con ampicilina sulbactam dirigido hacia los patógenos bacterianos comunitarios más probables y neumocistosis con bactrim vía oral por la alta probabilidad

Mantiene en sala una buena evolución resolución del cuadro respiratorio, en apirexia al décimo día de tratamiento con aciclovir se pasa a valaciclovir vía oral.

Se recibe población linfocitaria de 240 CD4 por lo que se suspende tratamiento para neumocistosis.



- La incidencia de infecciones por VVZ es mucho mayor en los pacientes con infección por el VIH que en la población general.
- Pueden ocurrir con cualquier recuento de linfocitos CD4



Herpes zóster localizado

- pautas más habituales
aciclovir, famciclovir* o valaciclovir por vía oral durante 7-10 días (AII)

Herpes zóster diseminado/visceral

- aciclovir i.v. (AIII)
- continuar v.o. con aciclovir, valaciclovir o famciclovir*, una vez que el paciente ha mejorado

* No disponible en Uruguay



Tratamiento de elección	Tratamientos alternativos
<p>Infecciones producidas por virus varicela-zóster</p> <p>Herpes zoster localizado Famciclovir 500 mg v.o. cada 8 h, o valaciclovir 1 g v.o. cada 8 h, o aciclovir 800 mg v.o. cada 6 h durante 7-10 días. No se recomienda tratamiento con corticoides</p> <p>Varicela Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h durante 7-10 días (si no existe afectación visceral puede completarse el tratamiento por vía oral con valaciclovir 1 g v.o. cada 8 h, o famciclovir 500 mg v.o. cada 8 h o aciclovir 800 mg v.o. cada 6 h)</p> <p>Herpes zóster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales</p> <p>Necrosis retiniana externa rápidamente progresiva Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h en combinación con foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 8 h</p>	<p>Aciclovir 10 mg/kg i.v. cada 8 h o foscarnet 40 mg/kg i.v. cada 8 h o foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 12 h. En herpes zóster refractario/VVZ resistente a aciclovir, foscarnet 40 mg/kg i.v. cada 8 h o foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 12 h</p> <p>Foscarnet 40 mg/kg i.v. cada 8 h o 60 mg/kg i.v. cada 12 h</p> <p>Ganciclovir 5 mg/kg i.v. cada 12 h en combinación con foscarnet 60 mg/kg i.v. cada 8 h</p>