



Casos Clínicos

Septiembre de 2011

Dr. Gabriel González

Residente de Enfermedades Infecciosas

Cátedra de Enfermedades Infecciosas

Facultad de Medicina, UdelaR



- 35 años. Sexo masculino. Raza negra.
- HSH. Fumador.
- Infección por VIH de **17 años** de evolución.

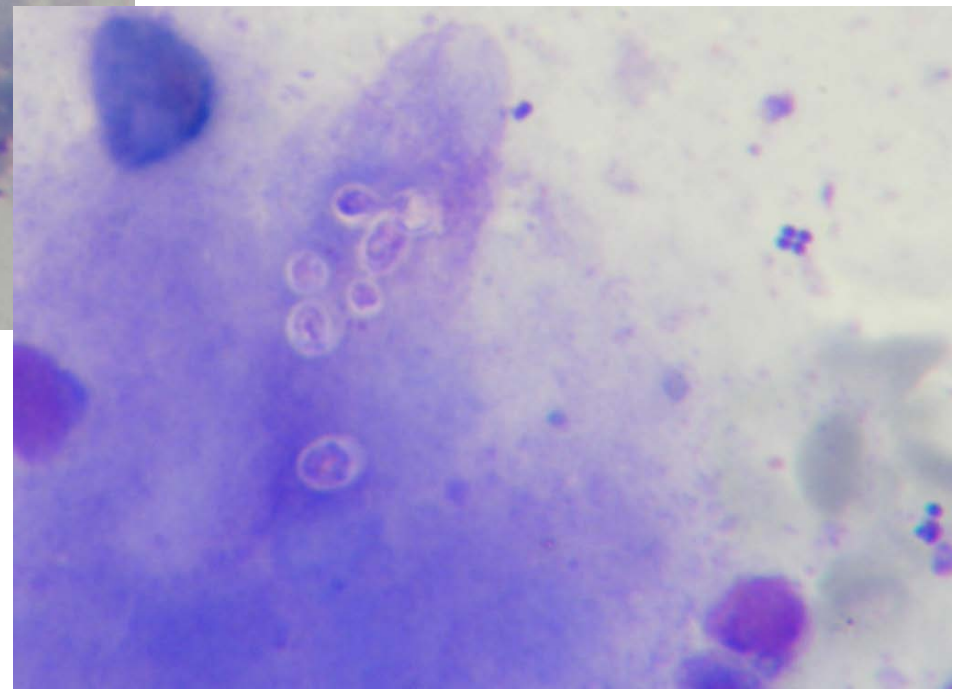
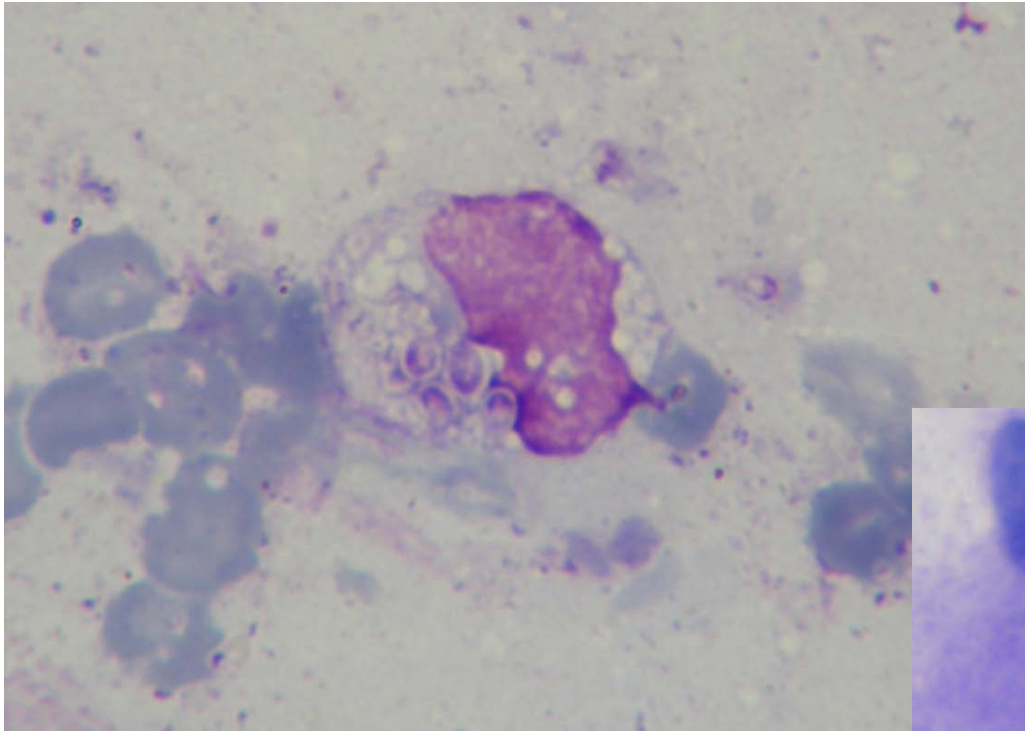
Fecha	CD4	Carga Viral	TARGA
09/2002	220	120.000	Inicia ZDV/3TC/ABC
03/2003		993	ZDV/3TC/ABC
10/2003	340	5.200	ZDV/3TC/ABC
04/2006	205	12.745	ZDV/3TC/NVP
06/2009	98	11.348	ZDV/3TC/NVP
05/2010	101	108	TR – ZDV/3TC/ddI/LPV-rtv
02/2011	111	369	ZDV/3TC/ddI/LPV-rtv



- Internado entre octubre y diciembre de 2010
 - Adenopatía en región carotídea alta derecha.
 - De crecimiento rápido, dolorosa, dura, de aproximadamente 6 cm.
 - Fiebre intermitente.
 - Lesión ulcerada de amígdala izquierda.
 - Se estudió con: tomografía (cuello, Tx, Abd y Plv), Punción con aguja fina y biopsias.



- **TC:** Adenomegalia derecha en cuello con centro hipodenso que desplaza paquete vascular. Ganglios yugulo carotideos a izq. Eje visceral bien centrado.
- **Biopsias**
 - **Úlcera:** lesión profunda no granulomatosa asociada a hiperplasia pseudoepiteliomatosa e hiperplasia linfoide reactiva.
 - **Ganglio:** linfadenitis crónica con necrosis y presencia de microorganismos PAS+.
 - **Estudio micológico:** levaduras intracelulares con características morfológicas y tintoriales de *Histoplasma capsulatum*.



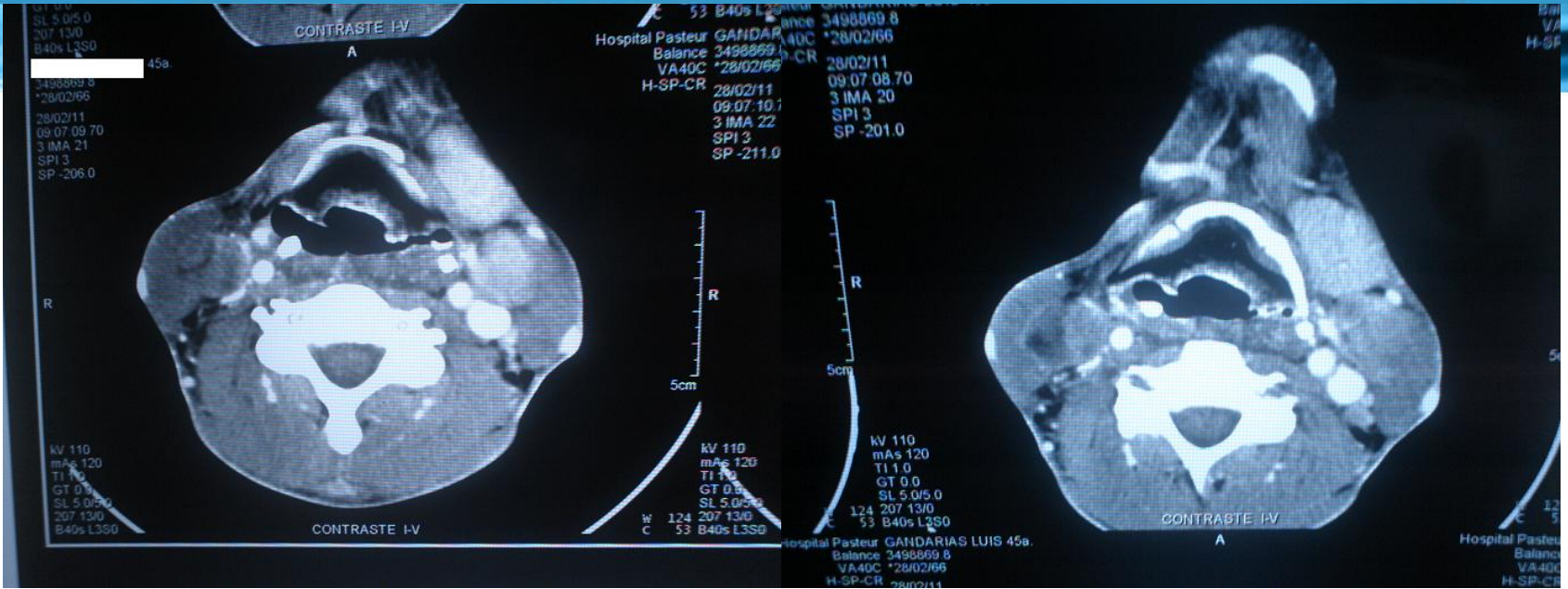


- Recibe Anfotericina B desoxicolato por 14 días, con mejoría parcial.
- Alta en diciembre 2010 con Itraconazol 400mg día.
- **Reingresa en Febrero 2011**
 - Aumento de tamaño y número de adenopatías en cuello, bilaterales. Fiebre.
 - Agrega disfagia y odinofagia progresivas. Cambios en la voz y disnea.
 - Se reinstala Anfotericina B con nueva mejoría parcial.



- **Nueva Tomografía:**

- Múltiples conglomerados adenopáticos yugulo carotídeos bilaterales, el mayor de 60 mm a derecha.
- Aumento de las partes blandas en rinofaringe y región amigdalár que obliteran la luz y se extienden hasta el pliegue aritenoides epiglótico.
- En glándula suprarrenal izq tumoración sólida de contornos lobulados. Adenomegalia en hilio hepático. Escasa cantidad de líquido en el fondo de saco de Douglas.





- Fibrobroncoscopia:
 - Tumorción de Cavum
 - Alteración de la mucosa a nivel de orofaringe e hipofaringe.



Anatomía Patológica de cavum

Neoplasia maligna poco
diferenciada, morfológicamente
sugestiva de Linfoma No Hodgkin.



Adenopatía cervical en VIH

- Aprox. 40% linfadenopatía reactiva benigna.
- 20-30% Micobacterias.
- Malignidad hasta en el 10% de los casos.
- Hongos, CMV, EBV, Toxoplasma.
- Frecuente coexistencia de múltiples procesos patológicos.



Adenopatía cervical en VIH

- **Punción con Aguja Fina como método diagnóstico inicial**
(histología, citología, citometría de flujo y cultivos)
 - 50% diagnóstico definitivo
 - 20% muestras inadecuadas
- **Biopsia ganglionar, criterios para realizarla:**
 - Supraclavicular, cervical posterior, profundo
 - > 2 cm, aumento de tamaño
 - Firme, duro, fijo a estructuras subyacentes, úlcera
 - Adenopatía medial o generalizada, Afectación de la médula ósea, Fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia
 - Epistaxis recurrente, obstrucción nasal progresiva, parálisis facial, o torrea
 - Sin pruebas de etiología infecciosa



LNH asociado a VIH de localización ORL

- LNH ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias vinculadas con el SIDA.
- Las áreas de afectación principales son SNC, MO, digestivo, anillo de Waldeyer y cavidad oral.
- Los linfomas del área ORL aparecen más frecuentemente en amígdala palatina, seguida de rinofaringe, base de lengua, glándulas salivales y senos paranasales.
- A menudo, la afectación linfomatosa del área ORL es la expresión extranodal de la enfermedad sistémica. Así, la aparición de LNH en el anillo de Waldeyer implica un alto riesgo de afección del aparato digestivo (12-19%).



Histoplasmosis asociada a VIH

- Incidencia anual de 5% en PVV en zonas endémicas.
- Factores de riesgo de enfermedad sintomática
 - Exposición ambiental
 - Serología positiva
 - CD4 < 150/ml (forma clínica diseminada)
- Diagnóstico
 - Detección de Antígeno en sangre u orina (No disponible en Uruguay)
 - Estudio micológico (muestras de secreciones o tejidos)
 - La serología no es útil



Asociación LNH e Histoplasmosis ganglionar

Dos casos reportados

Alfárez R; Márquez J; Cárdenas R. Coexistencia de Linfoma no Hodgkin e histoplasmosis ganglionar en pacientes con SIDA. XXV Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica 2000.