

VIH y Enfermedad respiratoria

Dra. Cecilia Villarino
Asistente Dra. Virginia Antelo

18 abril 2020



La enfermedad pulmonar es la presentación clínica más frecuente en los pacientes con VIH

Artículo original

VIH-SIDA en la clínica médica: descripción de una población hospitalaria

HIV-AIDS in the Medical Clinic: description of a hospital population

Dra. Victoria Córdova

Ex Residente de Medicina Interna.
Facultad de Medicina. Udelar.
Montevideo.

Dra. Maynés López

Asistente del Departamento de
Farmacología y Terapéutica. Facultad
de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Zaida Arteta

Profesora Adjunta Departamento de
Parasitología. Facultad de Medicina.
Udelar. Montevideo.

Dr. Fernando Correa

Profesor Agregado de Clínica Médica.
Hospital de Clínicas. Facultad de
Medicina. Udelar. Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2009 - XXXI;4:99-101

Se estima que existen 40 millones de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el Uruguay, hasta octubre de 2007, el total de pacientes VIH-SIDA (Síndrome inmunodeficiencia adquirida) es 10324. El objetivo del presente trabajo es conocer el número y los datos más relevantes en cuanto a características de la enfermedad y patologías que motivó el ingreso de los pacientes VIH-SIDA internados en el Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas entre el 1° de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2007. En un estudio descriptivo y observacional donde se analizó un total de 116 pacientes, 60,3% fueron hombres y 39,7% mujeres siendo la media de edad de 37,5 años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron síntomas respiratorios (44%) y neurológicos (24,1%). Sólo un cuarto de los pacientes conocía su estado viral y/o inmunitario, traduciendo el irregular control de la enfermedad. La mayoría de los pacientes no estaban recibiendo tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: VIH, SIDA, Infecciones oportunistas relacionadas

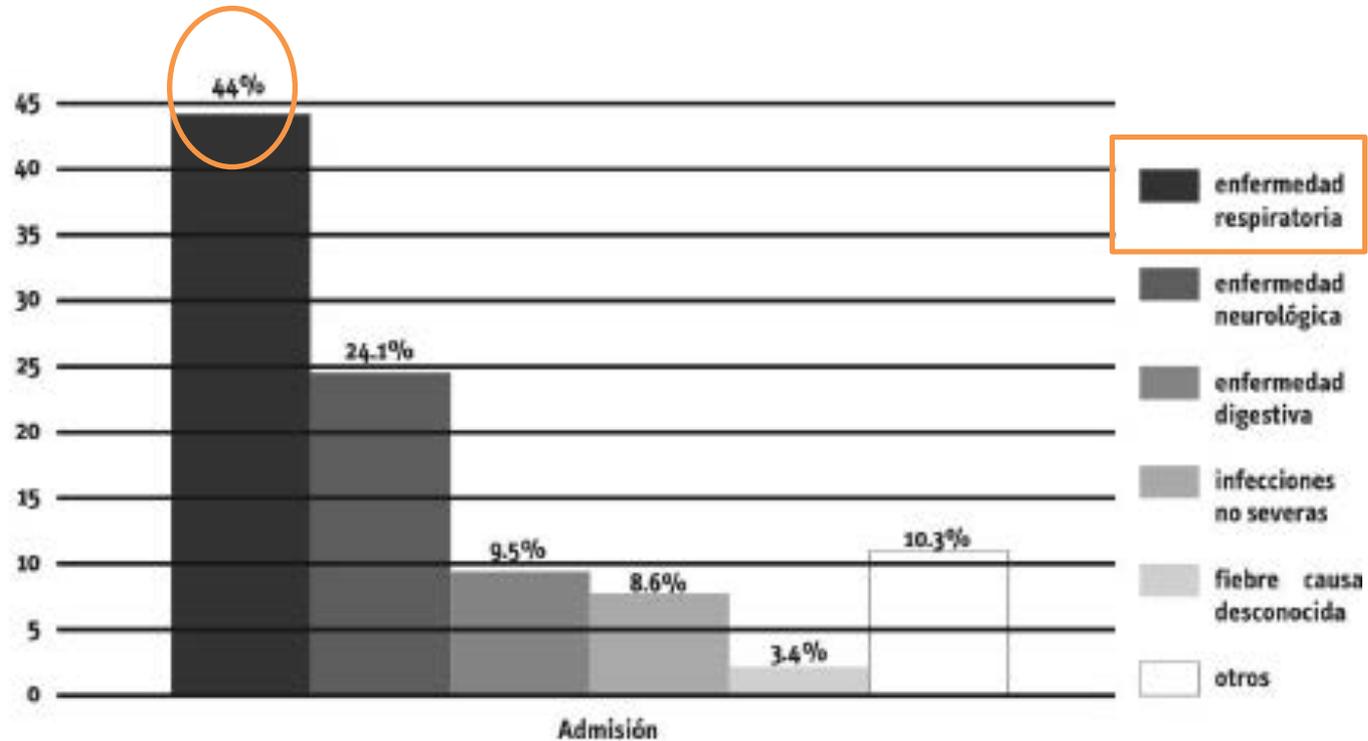
SUMMARY: Arch Med Interna 2009 - XXXI;4:99-101



VIH-SIDA en la clínica médica: descripción de una población hospitalaria

Cordova V, Lopez M, Arteta Z, Correa F

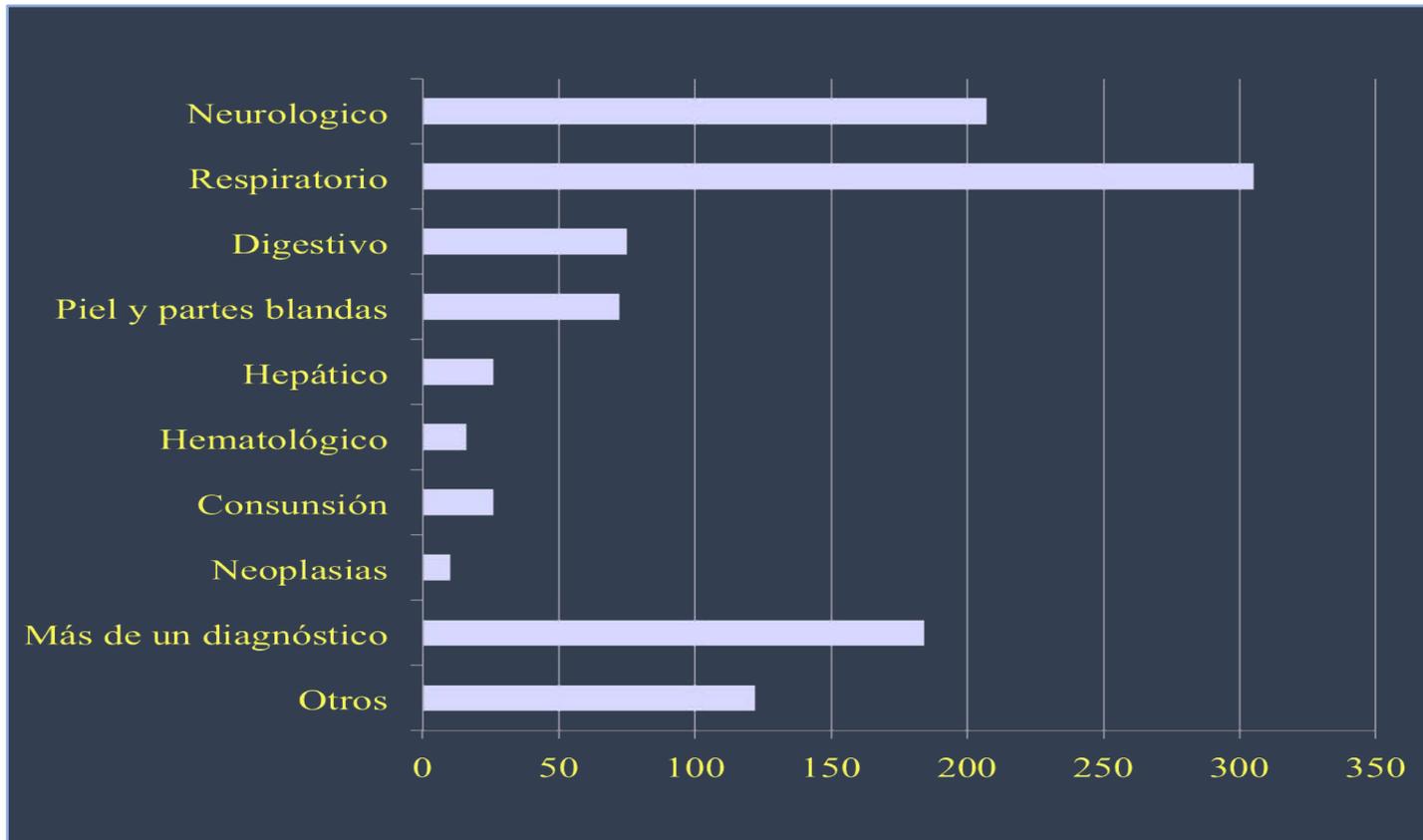
- Descriptivo, observacional, 2004 - 2007. Pacientes con diagnóstico de VIH previo o realizado en la internación. N=116



Características de los pacientes internados en un Servicio de Infectología

Autores: Paciel D, Arteta Z, Medina J, Antelo V, González G, Savio E

CÁTEDRA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR, SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.



N: 1043 ingresos

SEIC 2005-2009



Factores a considerar frente a un paciente con VIH y síntomas respiratorios

- Existe un amplio espectro de patologías pulmonares frecuentes que pueden no estar asociadas al VIH.
- Considerar los factores de riesgo ambientales y la historia de oportunistas previas (Riesgo de TB, zonas endémicas, viajes y residencias)
- Considerar con que nivel de inmunidad se presenta esta enfermedad
- El acceso a TARV modifica completamente la presentación de las enfermedades respiratorias.
- Puede ser una forma de presentación de SIRI
- Puede haber coexistencia de patógenos o presentación sucesiva de los mismos
- Las presentaciones de enfermedades habituales pueden ser poco específicas
- Ninguna combinación de signos, síntomas, hallazgos radiológicos o de laboratorio es patognomónica ni lo suficientemente específica para establecer un diagnóstico etiológico.



Enfermedad respiratoria en personas con VIH

Causas infecciosas

Neumonía bacteriana
PCP
Tuberculosis y MNT
Fúngicas
Parásitos
Virales

Causas no infecciosas

Hipertensión pulmonar asociada al VIH
Insuficiencia cardíaca
Bronquiectasias
EPOC
Sarcoidosis
Neumonía intersticial linfocítica
Hipersensibilidad a drogas

Cáncer broncopulmonar
S. Kaposi
Linfoma Hodgkin
LNH



Diagnóstico etiológico

Más frecuentes

Bacterianas

Organismo no identificado, pero que responde al tratamiento antibacteriano

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus influenzae

Micobacterianas

Mycobacterium tuberculosis[†]

Hongos

Pneumocystis jirovecii

Menos frecuentes pero que pueden ser significativas desde el punto de vista clínico en algunos escenarios

Bacterianas

Pseudomonas aeruginosa

Staphylococcus aureus

Enterobacteriaceae

Legionella spp.

Nocardia spp.

Rhodococcus equi

Micobacterianas

Mycobacterium kansasii

Complejo *Mycobacterium avium*

Hongos

Cryptococcus neoformans

Histoplasma capsulatum

Coccidioides spp.

Aspergillus spp.

Blastomyces dermatitidis

Penicillium marneffeii

Virales

Gripe

Citomegalovirus

Virus del herpes simple

Adenovirus

Virus respiratorio sincitial

Virus de la parainfluenza

Parasitarias

Toxoplasma gondii

Strongyloides stercoralis

Microsporidia spp.

Cryptosporidium parvum

No infecciosas

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cáncer de pulmón

Sarcoma de Kaposi

Linfoma no Hodgkin

Hipertensión pulmonar primaria

Insuficiencia cardíaca congestiva

Neumonitis intersticial linfocítica (o linfoide)

Hipersensibilidad al abacavir

Sars-Cov-2

Sax PE, Ard KL. En Enfermedades infecciosas. Principios y Prácticas. Mandell, Douglas y Bennet. Elsevier 8° edición; Cap 125: 1634 - 1650



TABLE 1 Aetiology of pulmonary infections in HIV-infected patients

Aetiology [#]	Cumulate incidence
Infectious aetiology	97% of pulmonary infiltrates with diagnosis
Bacterial pneumonia[‡]	60% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	70% of bacterial pneumonia
<i>Haemophilus influenzae</i>	10% of bacterial pneumonia
<i>Staphylococcus aureus</i>	9% of bacterial pneumonia
<i>Legionella pneumophila</i>	6% of bacterial pneumonia
Gram-negative bacillus	5% of bacterial pneumonia
PCP	20% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
Mycobacteriosis	18% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	80% of mycobacteriosis
<i>Mycobacterium kansasii</i> , MAC, <i>Mycobacterium fortuitum</i> and <i>Mycobacterium xenopi</i>	20% of mycobacteriosis
Virus	5% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
Cytomegalovirus	
Influenza virus	
Parainfluenza virus	
Respiratory syncytial virus	

Fungus	2% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
<i>Cryptococcus</i>	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	
Endemic fungal infections	
Parasite	0.5% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
<i>Toxoplasma gondii</i>	
<i>Strongyloides stercoralis</i>	
Multiple organisms	7% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
Other[†]	3% of pulmonary infiltrates of infectious aetiology
Noninfectious aetiology	3% of pulmonary infiltrates with diagnosis
Pulmonary oedema	
Lung cancer	
Other	

PCP: *Pneumocystis pneumonia*; MAC: *Mycobacterium avium* complex. [#]: incidence of different aetiologies can vary in different geographical areas; [‡]: percentage of each microorganism causing bacterial pneumonia is estimated among cases of bacterial pneumonia with identification of aetiology; [†]: bronchiectasis and pulmonary abscess. Data are based on results from [10, 11, 24].

REVIEW

Pulmonary infections in HIV-infected patients: an update in the 21st century

N. Benito*, A. Moreno[#], J.M. Miro[#] and A. Torres^{‡,†}

- Más Frecuentes
 - Neumopatía aguda comunitaria (NAC)
 - Pneumocytosis pulmonar (PCP)
 - Tuberculosis pulmonar (TBC)

COVID 19 y VIH: Muy pocas publicaciones hasta hoy

The Lancet

A Survey for COVID-19 among HIV/AIDS Patients in Two Districts of Wuhan, China
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	THELANCET-D-20-02926
Article Type:	Article
Keywords:	COVID-19; HIV/AIDS; SARS-CoV-2; Survey; Wuhan
Corresponding Author:	YONG FENG Wuhan University CHINA

Encuesta a 1179 pacientes con HIV en Wuhan.
12 personas con síntomas
6 confirmados con NAT y 2 clínicamente ¿?
Todos con CV indetectable
6 de los 8 tenían >350 CD4
9 contactos de COVID 19: Sólo 1 desarrolló síntomas

DOI: 10.1002/jmv.25732

LETTER TO THE EDITOR

JOURNAL OF
MEDICAL VIROLOGY WILEY

Co-infection of SARS-CoV-2 and HIV in a patient in Wuhan city, China



VIH y COVID 19

Por ahora no existe evidencia de que el riesgo de infección o complicaciones por COVID 19 sea mayor en las personas con VIH que están clínicamente estables en TARV que en la población general.

Las personas con VIH pueden tener otras condiciones que aumenten el riesgo como edad avanzada, comorbilidades.

Se desconoce si las personas con VIH inmunodeprimidas están en mayor riesgo, por lo que se recomienda extremar las medidas de precaución y acceso a atención médica.

Los servicios de VIH deben seguir estando disponibles para las personas que viven con VIH o que corren el riesgo de contraerlo. Esto incluye garantizar la disponibilidad de preservativos, agujas y jeringas estériles, profilaxis y test de VIH.

Para evitar que las personas se queden sin medicamentos y reducir la necesidad de acceder al sistema de salud, los países deberían pasar a la plena aplicación de la dispensación multi-mensual de tres meses o más de tratamiento contra el VIH y otras enfermedades crónicas

DHHS, Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV,
<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines> (March 20, 2020)



Enfoque diagnóstico

1. Estado inmunitario
2. Presentación clínica y tiempo de evolución de los síntomas
3. Características imagenológicas
4. Estudios microbiológicos
5. Inicio de terapia empírica

Pérez Sartori G, Medina J, Savio E. Neumonía en pacientes infectados por el VIH. Ed. 1ª, Montevideo, ARENA, 2005.



1. Estado inmunitario

Es la llave diagnóstica

- Acceso a TARV
- En la mayoría de los pacientes se desconocen CD4
- Aproximación por linfocitos totales
- Expresión clínica de inmunodepresión celular
 - Muguet oral
 - Leucoplasia oral vellosa
 - Dermatitis seborreica



Niveles de CD ₄	Agentes probables
> 200cel/mm ³	S. pneumoniae, M. Tuberculosis, S. aureus (en UDIV), influenza
50-200 cel/mm ³	Los anteriores + PCP, Criptococosis, Histoplasmosis, Nocardia, Coccidioidomicosis, M. Kansasii, Sarcoma de Kaposi.
< 50 cel/mm ³	Los anteriores + P.aeruginosa, Aspergillus, MAC, CMV.

Adaptado de J. Bartlett., J Gallant. Pulmonary complications. En: 2004. Medical Management of HIV infection.



Respiratory Disease Trends in the Pulmonary Complications of HIV Infection Study Cohort

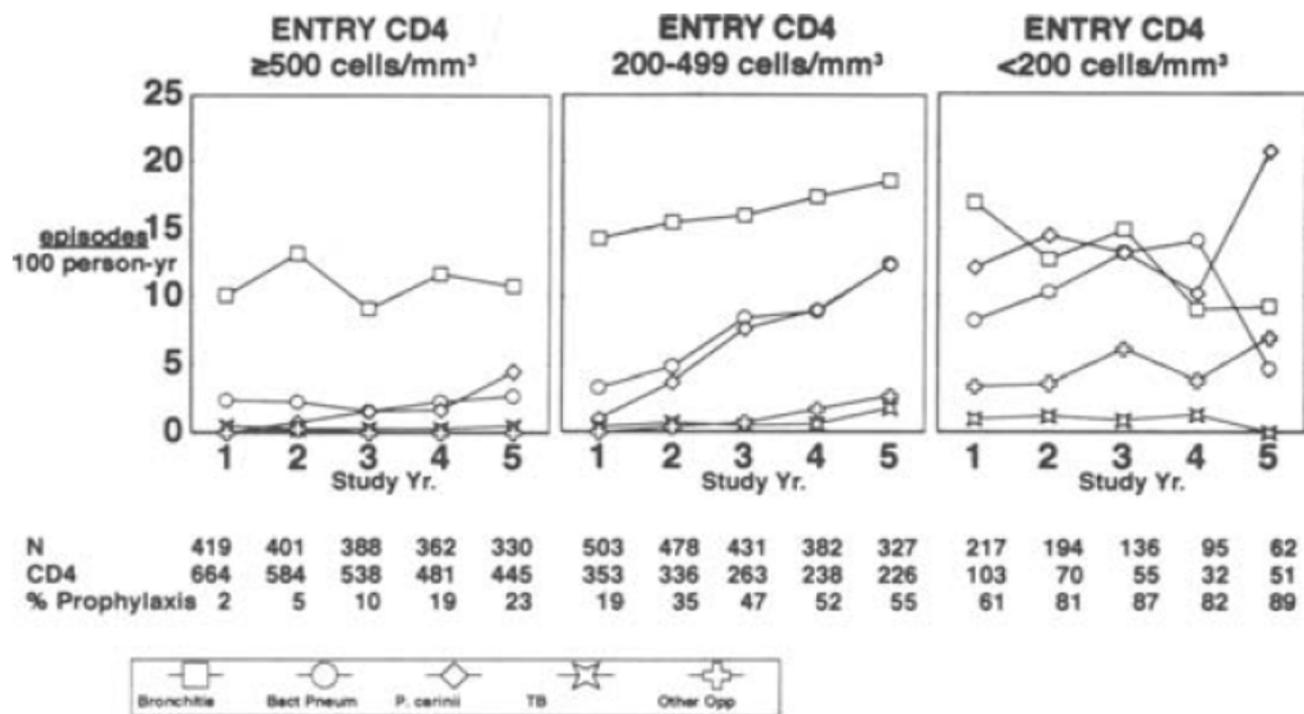


Figure 3. Yearly incidence of lower respiratory tract infections in HIV-seropositive cohort members grouped by entry CD4 count. For each entry CD4 subcohort, the number of cohort members and median CD4 count at the beginning of each year are shown; % prophylaxis indicates the proportion receiving anti-*P. carinii* prophylaxis at any 6-mo visit during the year.

Cohorte de 1297 pacientes seguidos durante 5 años.

Bronquitis fue la complicación más frecuente en todos los grupos. Neumonía bacteriana y PCP aumentan su incidencia a medida que progresa la enfermedad

The changing spectrum of pulmonary disease in patients with HIV infection on antiretroviral therapy

Jessica R. Grubb^a, Anne C. Moorman^c, Rose K. Baker^d,
Henry Masur^b and the HOPS investigators*

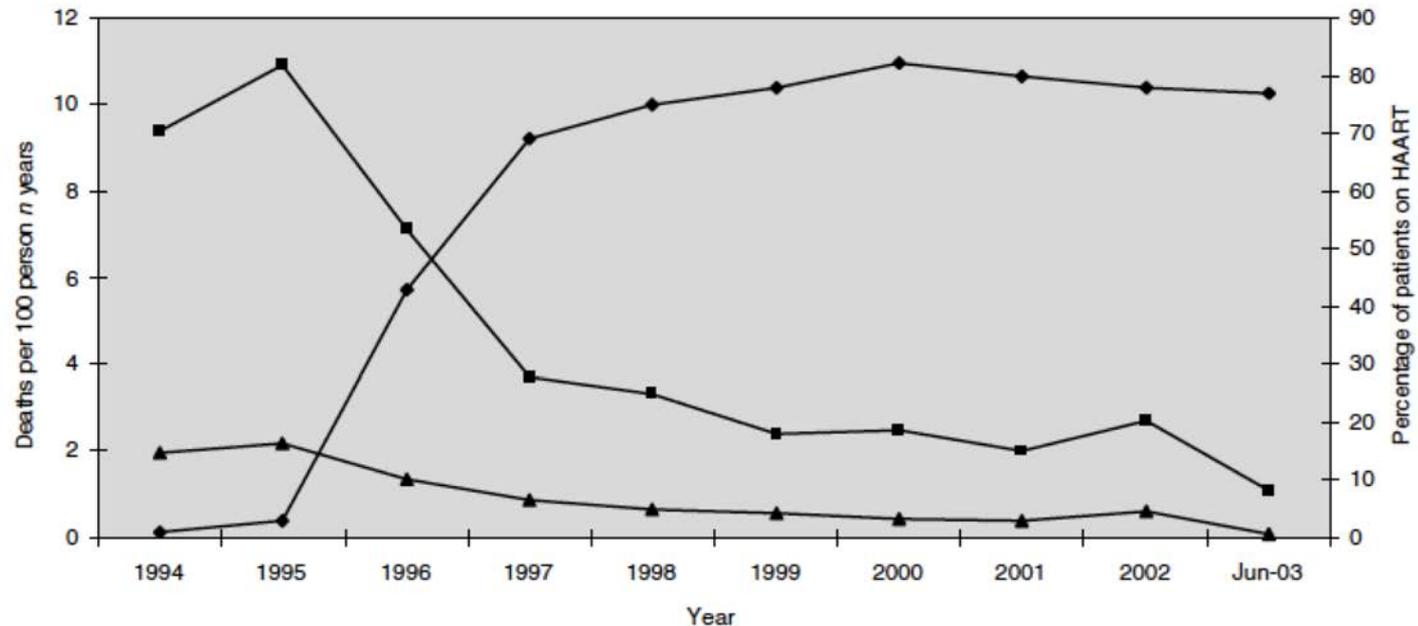


Fig. 1. Mortality and HAART use over time in HIV Outpatient Study (HOPS) cohort, fourth quarter, 2003 update. —■— Deaths per 100 person-years; —▲— pulmonary deaths per 100 person-years; —◆— percentage of patients on HAART.

Grubb JR, AIDS. 2006 May 12;20(8):1095-107



2. Presentación clínica y tiempo de enfermedad

- Antecedentes Personales (PCP previa y si recibe Px, TB previa y tratamiento recibido, vacunas recibidas, consumo drogas, tabaquismo, EPOC, etc)
- Antecedentes Ambientales (Personas privadas de libertad, contactos con TB, contacto con gripe, circulación gripe, zona rural, endemias)
- Tos productiva, disnea, insuficiencia respiratoria respiratoria
- Signos / síntomas extrarrespiratorios (lesiones cutáneas, muguet oral, repercusión general, hepatoesplenomegalia, poliadenomegálico)
- Duración de síntomas: agudo, subagudo, crónico



Aproximación diagnóstica por estado inmunitario y presentación clínica

Clínica	Etiologías	
	CD4 < 200	CD4 > 200
Tos con o sin expectoración + fiebre ± sudoración nocturna ± factores de riesgo de TB ⁽¹⁾	TB	TB
Tos con o sin expectoración + fiebre + disnea	PCP ⁽²⁾ , TB, NAC ⁽³⁾ , Micosis, <i>Rhodococcus equi</i> , Virus respiratorios	NAC Menos probable: PCP ⁽²⁾
Tos seca o esputo escaso + fiebre + hepatoesplenomegalia y/o adenomegalias ± citopenias ± disnea	TB y otras micobacterias, histoplasmosis, SK, linfoma	Linfoma, TB
Tos seca o esputo escaso + fiebre + lesiones cutáneas ± cefalea hepatoesplenomegalia y/o adenomegalias ± citopenias ± disnea	TB y otras micobacterias, histoplasmosis, criptococosis, linfoma	Linfoma, TB

Cabrera S. Algoritmo diagnóstico. El paciente con VIH y enfermedad respiratoria. En: Pautas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH. Cátedra de enfermedades infecciosas 2016. Cap 9: 215-223

3. Orientación etiológica por imágenes

- Útil en la aproximación diagnóstica. Ninguna imagen radiológica es patognomónica.
- Cuanto mayor inmunodepresión más atípica la presentación radiológica
- Considerar TC si RxTx normal y/o inmunodepresión severa

Infiltrados intersticiales difusos

Pneumocystis jirovecii

Mycobacterium tuberculosis, en especial con enfermedad avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana

Histoplasma capsulatum

Coccidioides spp.

Cryptococcus neoformans

Toxoplasma gondii

Citomegalovirus

Gripe

Neumonitis intersticial linfocítica

Hipersensibilidad al abacavir

Consolidación focal

Neumonía bacteriana piogénica causada por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*

M. tuberculosis

Legionella spp.

Rhodococcus equi

Adenopatía hiliar

M. tuberculosis

H. capsulatum

Coccidioides spp.

Linfoma no Hodgkin o linfoma de Hodgkin

Complejo *Mycobacterium avium*

Enfermedad cavitaria

Neumonía bacteriana piogénica causada por *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, Enterobacteriaceae

M. tuberculosis

C. neoformans

R. equi

Aspergillus spp.

Nocardia spp.

Complejo *Mycobacterium avium*

P. jirovecii

Nódulos o masas

M. tuberculosis

C. neoformans

Aspergillus spp.

H. capsulatum

Nocardia spp.

Linfoma no Hodgkin

Sarcoma de Kaposi

Cáncer de pulmón

Radiografía normal

P. jirovecii

M. tuberculosis



Orientación etiológica por imágenes y estado inmunitario

Imagen	Etiologías	
	CD4 < 200	CD4 > 200
Condensación con o sin derrame	NAC, TB	NAC, TB
Condensación con o sin derrame + ensanchamiento mediastinal	TB, linfoma, SK	TB, linfoma
Micronodular y/o intersticial	PCP, TB, otras micobacterias, NAC, micosis, HSV, CMV	TB, NAC
Micronodular y/o intersticial ± ensanchamiento mediastinal	TB, otras micobacterias, micosis	TB
Cavidad/es	Micobacterias, NAC cavitada (<i>Staphylococcus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Rhodococcus equi</i> , nocardia)	TB, NAC cavitada (<i>Staphylococcus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>)
Derrame pleural	TB, linfoma, empiema, SK, micosis	TB, empiema, linfoma
TC: imagen en árbol en brote ± adenomegalias con centro hipodenso	TB, otras micobacterias	TB
TC: imágenes en vidrio deslustrado bilaterales	PCP	PCP alejado, etiologías no infecciosas

Cabrera S. Algoritmo diagnóstico. El paciente con VIH y enfermedad respiratoria. En: Pautas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en pacientes con VIH. Cátedra de enfermedades infecciosas 2016. Cap 9: 215-223



4. Estudios microbiológicos

- En pacientes inmunosuprimidos lograr aislar el microorganismo causal mejora sobrevida
- La búsqueda etiológica debe ser exhaustiva y precoz
- Se requieren estudios invasivos



4. Estudios microbiológicos

- Bacteriológico de expectoración: directo y cultivo
- FBC con LBA: estudio bacteriológico, micológico (directo, cultivo, IF PCP), micobacterias (directo, cultivo, Genexpert MTB/RIF),
- Hemocultivos: bacterias, hongos, micobacterias
- Toracocentesis: citoquímico, directo, cultivo (bacterias, micobacterias, hongos), ADA
- Toma para estudio micológico de lesiones de piel
- Antígeno neumocócico en orina
- Panel viral virus respiratorios
- Hisopado nasofaríngeo (o muestra profunda) para rt-PCR SARS-Cov-2
- Serología para atípicos
- Antígeno legionella en orina
- PAAF ganglios superficiales o Biopsia
- FBC con biopsia transbrónquica
- Otros



5. Tratamiento empírico

- Precoz, amplio, dosis óptimas
- Si hay elementos de gravedad o potencial gravedad: lo más amplio posible.
- Basado en la orientación etiológica según estado inmunitario, elementos clínicos, tiempo de enfermedad y hallazgos radiológicos
- Chequear interacciones



Historia clínica

35 años. Sexo masculino. Trabajador de la construcción

VIH positivo conocido hace mas de 5 años en el contexto de donación de sangre, nunca controles, no TARV.

Desconoce CD4 y CV al diagnostico. Niega EO. Desconocemos co infecciones.

Consulta por cuadro de 10 días de evolución dado por tos seca y disnea progresiva, actualmente a mínimos esfuerzos. Constata fiebre en los 3 últimos días. Niega síntomas extra respiratorios.

Al examen: adelgazado, febril 37.9. Sat O2 VEA 94%. Muguet oral. Palidez cutaneo mucosa. No lesiones en piel.

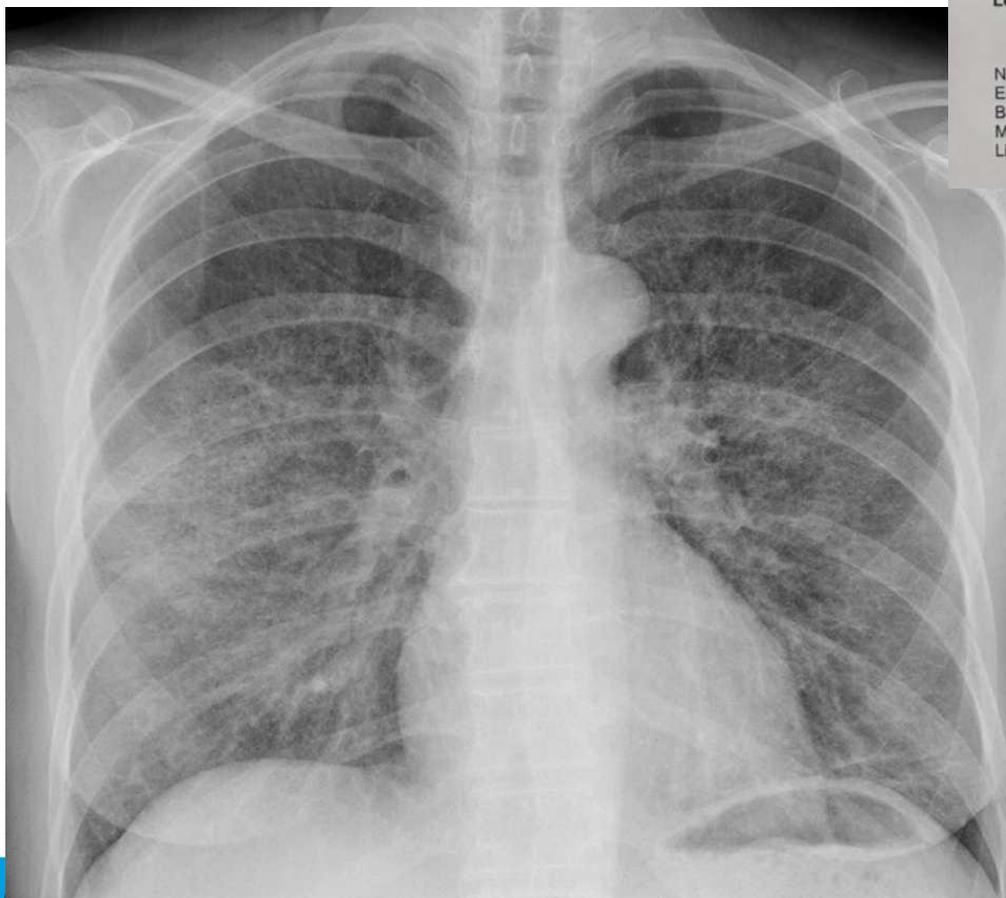
CV: RR de 110 cpm RBG. SL

PP: Polipnea de 30 rpm. MAV + bilateral, estertores secos difusos. ABD: sp.

SNM: sp.



Paraclínica



Hematología

Hematimetría

	Resultado	Unidades	Intervalo de referencia
Hemograma			
Hematocrito	37.0	%	35.0 - 47.0
Hemoglobina	12.0	g/dL	11.7 - 15.3
Hematies	4.13	mill /mm ³	3.80 - 5.10
Volumen Corpuscular Medio	89.6	fL	80 - 96
Hemoglobina Corpuscular Media	29.1	pg	27.0 - 34.0
Concentr. Hemoglob. Corp. Media	32.4	g/dL	31.0 - 36.0
Ancho Distribución Eritrocitaria	15.9	%	10.6 - 14.7

Plaquetas 230 mil/mm³ 140 - 450

Leucocitos 5.3 mil/mm³ 4.0 - 10.0

	V. Absoluto mil/mm ³	Referencia	V. relativo	Referencia
Neutrófilos	3.79	1.50 - 7.50	71.8 %	40.0 - 70.0
Eosinófilos	0.05	0.00 - 0.50	0.9 %	1.0 - 4.0
Basófilos	0.01	0.00 - 0.10	0.2 %	0.0 - 1.0
Monocitos	0.29	0.20 - 1.00	5.5 %	2.0 - 10.0
Linfocitos	1.14	1.00 - 4.00	21.6 %	20.0 - 45.0

Cuales serían sus planteos diagnósticos? En que se basa para realizar esos planteos?

Que estudios solicitaría para diagnósticos etiológico?

Cuál sería su tratamiento empírico?



Cuales serían sus planteos diagnósticos?

1- Valoración del estado inmunitario del paciente:

-5 años de evolución de VIH sin TARV.

-Adelgazado.

-Con Muguet oral.

-El hemograma no tiene linfopenia pero no podemos inferir la población de CD4.

Probablemente inmunodeprimido severo



Cuales serían sus planteos diagnósticos?

2-Presentación clínica y tiempo de evolución:

Se plantea que tenga una Neumonía comunitaria de evolución aguda/subaguda, con insuficiencia respiratoria.

Si bien presenta bajos scores de gravedad (Q SOFA 1. CURB 65 1) el extenso compromiso radiológico y la presencia de IR son criterios de ingreso a cuidados críticos.

En cuanto a la etiología el planteo es de **probable etiología fúngica (*Pneumocystis jirovecii*) o bacteriana inespecífica (*St. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*)**

En el contexto epidemiológico actual la etiología viral por **SARS-Cov-2** deberá ser descartada.

Sin circulación de Influenza actualmente.



Cuales serían sus planteos diagnósticos?

En suma:

Neumonía de evolución aguda-subaguda comunitaria, grave con insuficiencia respiratoria leve, en paciente VIH positivo sin TARV con elementos clínicos de inmunosupresión severa, de probable etiología PCP, bacteriana y más alejado viral



3. Características radiológicas:

Presenta una Rx de buena calidad técnica en donde se observa un infiltrado intersticial bilateral y difuso. No hay cavidades ni se observan masas parenquimatosas o mediastinales.

Si bien no hay una consolidación lobar el planteo de NAC se mantiene con esta Rx así como el de PCP.

En inmunodeprimidos severos la presentación de enfermedades es variable y otras infecciones podrían tener esta presentación.



4. Estudios microbiológicos

Se solicitará:

Hemocultivos

Ag neumocócico en orina

Hisopado NF para rt-PCR SARS-Cov-2

Panel respiratorio FilmArray

Serología para atípicos

FBC con LBA para:

-bacteriológico

-IF *Pneumocystis jirovecii*

-baciloscopía y cultivo de micobacterias

-genexpert MTB/RIF

-micológico



Tratamiento empírico

Implementar medidas de aislamiento respiratorio hasta descartar TB

Asociar medidas de aislamiento por contacto y gotitas hasta descartar COVID 19

EPP completo en caso de IOT o FBC

Se iniciará tratamiento según guías de NAC grave y para PCP:

Ampicilina sulbactam 1000/500 mg iv c 6 hs

Claritromicina 500 mg iv c 12 hs

Trimetoprim sulfametoxazol 15-20 mg/k/d del componente TMP dividido en tres o cuatro dosis iv un mínimo de 21 días.

Prednisona 40 mg vo c 12 hs por 5 días

40 mg c 24 hs por 5 días

20 mg c 24 hs por 11 días



Tratamiento empírico

Mantener profilaxis secundaria con TMP-SMX luego de terminar el tratamiento.

Una vez descartada la Tuberculosis se deberá tratar Infección Tuberculosa Latente con Isoniazida 300 mg/día + piridoxina 25-50 mg día (si menos de 250 CD4 no requiere más estudios que descartar TB activa)

Valorar co infecciones y vacunas indicadas.

Si la evolución clínica es favorable el TARV deberá iniciarse precozmente luego de dos semanas de tratamiento de su infección respiratoria.

Idealmente en comprimido coformulado de una toma diaria.

Plan propuesto: Tenofovir/Emtricitabina + Dolutegravir



Al reinterrogar al paciente el mismo refiere historia de 2 meses de evolución de adelgazamiento de 10 Kg y fiebre no diaria.
Como continuaría su algoritmo diagnóstico y cambiaría en algo el tratamiento empírico?

Seguiríamos el mismo algoritmo diagnóstico que fue invasivo precoz y se enviaron todas las muestras correspondientes.

En caso de peoría clínica revaloraría inicio de tratamiento empírico antituberculoso y antifúngico con anfotericina B ya que la presentación crónica de los síntomas aumenta la frecuencia de estas etiologías



CONCEPTOS DESTACADOS

- La enfermedad respiratoria es la forma más frecuente de presentación de los pacientes con VIH en todos los niveles de inmunidad
- Los pacientes con VIH pueden tener enfermedades respiratorias no vinculadas al VIH
- El acceso a TARV cambia drásticamente el espectro de las enfermedades respiratorias y la mortalidad de los pacientes
- En los VIH muy inmunodeprimidos puede haber **coexistencia** de oportunistas o presentación **sucesiva** de los mismos
- Las presentaciones de enfermedades habituales pueden ser poco específicas
- Ninguna combinación de signos, síntomas, hallazgos radiológicos o de laboratorio es patognomónica ni lo suficientemente específica para establecer un diagnóstico etiológico.
- La búsqueda etiológica invasiva precoz y sistematizada mejora la evolución de la enfermedad respiratoria en los pacientes inmunodeprimidos
- Tratamiento empírico amplio y precoz en pacientes graves





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2020.

