



Casos Clínicos

Dra. Beatriz Pi
Postgrado Enfermedades Infecciosas
Facultad de Medicina
Noviembre 2011



- 30 años, Sexo masculino, Adicto drogas intravenosas y a Pasta Base. VIH diagnosticado en 2005, estadio SIDA. Población linfocitaria 3 CD4. Carga Viral 11000 copias. Múltiples planes TARV, abandonos reiterados. Último plan AZT/3TC/Lopinavir/Ritonavir . No inmunización antigripal ni antineumococcica.

Consulta por cuadro de 1 semana de evolución por dolor en cara posterior de hemitórax izquierdo tipo puntada acompañado de sensación febril , tos con expectoración herrumbrosa, y disnea a mínimos esfuerzos



- Al ingreso paciente regular estado general, con estigmas de inmunodepresión, muguet oral, polipneico, FR 24, Saturando O2 VEA 99% . Al exámen PP: Subcrepitantes difusos con Submatidez y MAV abolido en cara posterior HemiTórax izquierdo.

En suma: 30 años VIH SIDA no adherente al tratamiento
Cuadro de filiación respiratoria de evolución aguda.

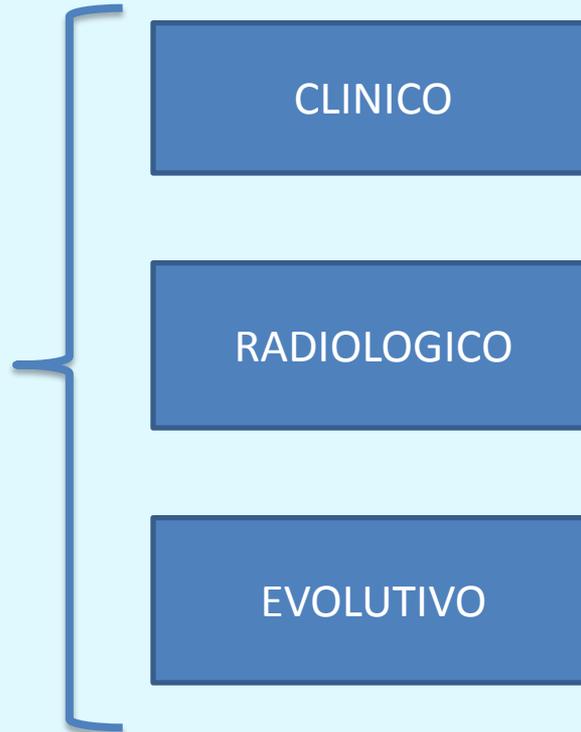
Planteos:

- * Neumopatía Aguda comunitaria?
- * Derrame pleural?
- * Más alejado: Pneumocistosis pulmonar?



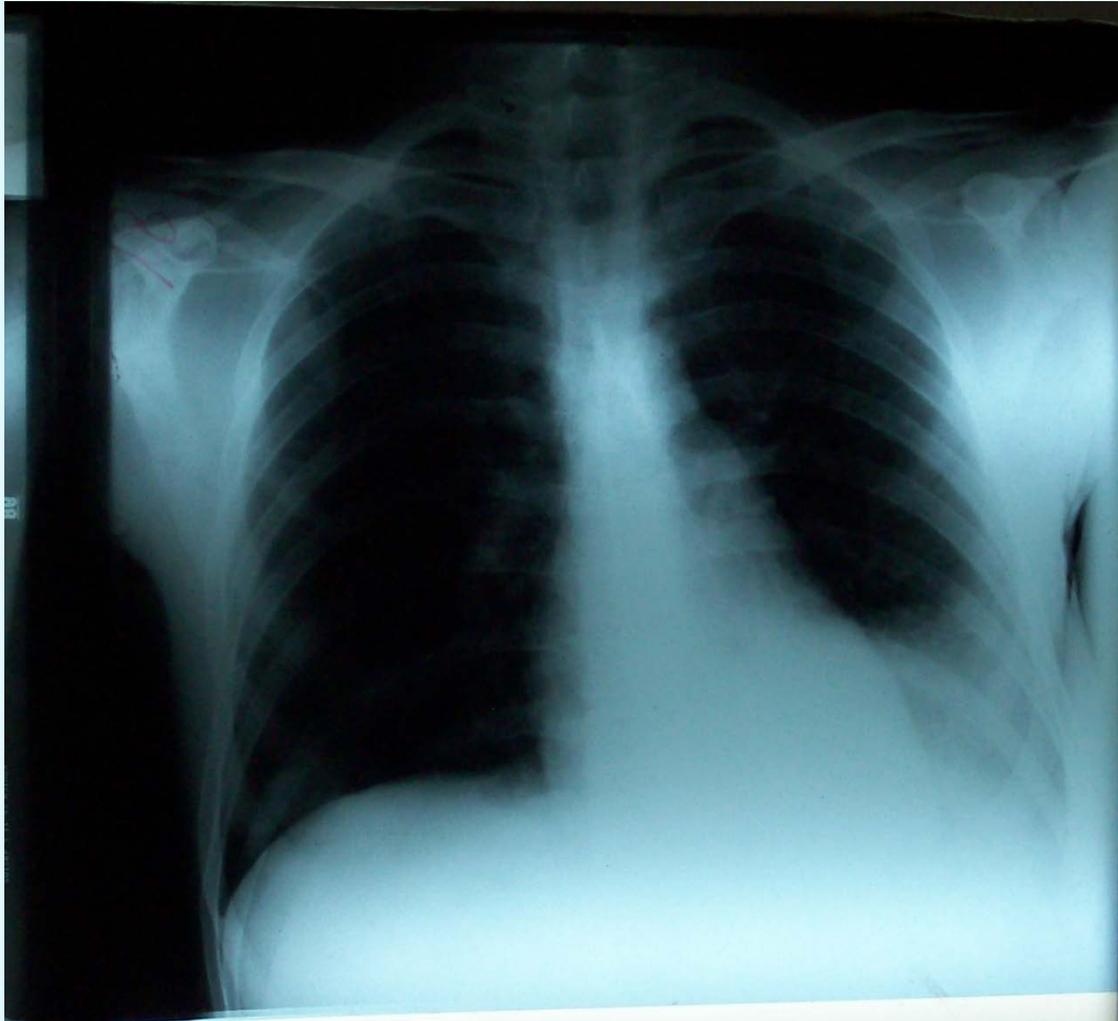
- PLANTEO DIAGNOSTICO NEUMOPATIA AGUDA COMUNITARIA EN PACIENTE VIH.

3 PILARES





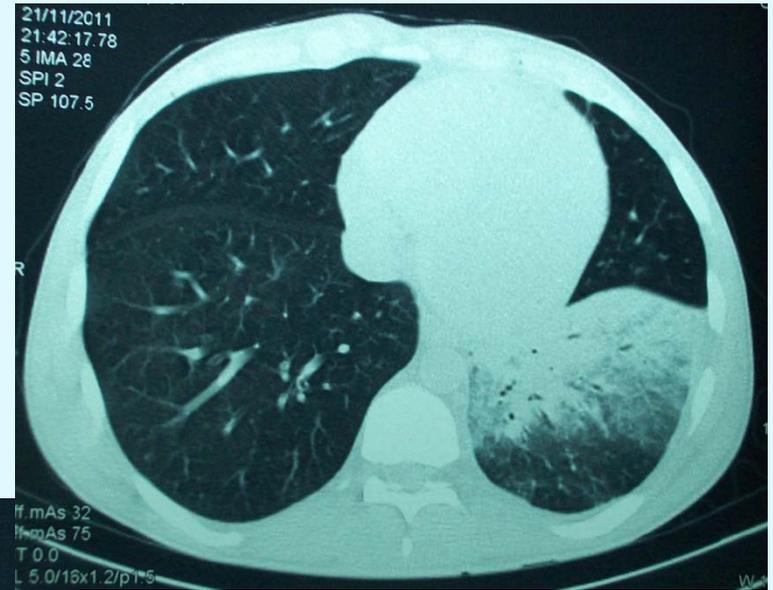
Rx Tx

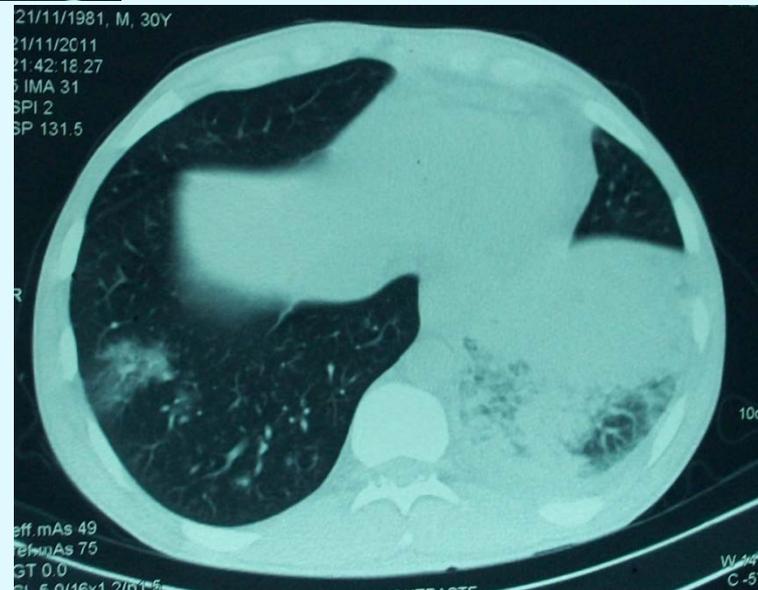
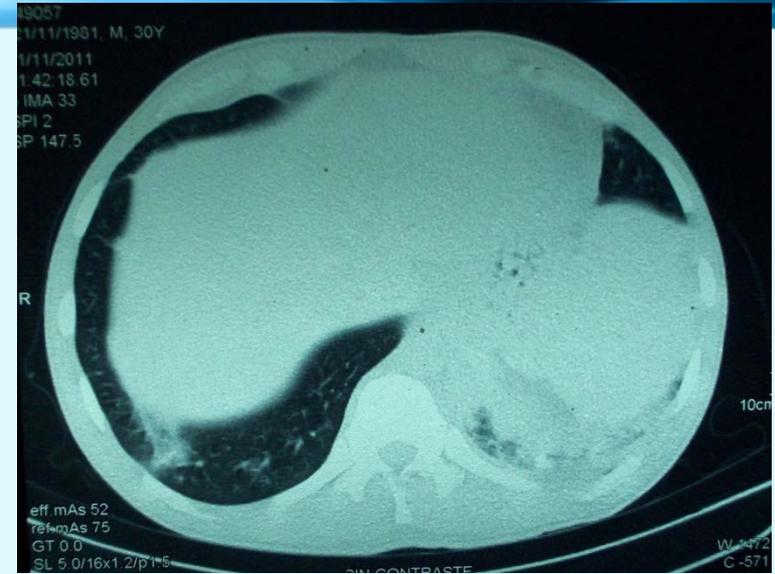


Opacidad homogénea
lobar inferior izquierdo
que borra fondo de saco
costo frénico



Tomografía torácica







- **Tomografía Tórax:**

Áreas de consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo en lóbulo inferior izquierdo.

Segmento posterior de lóbulo superior derecho : ocupacion y engrosamiento focal con elementos de retracción de aspecto pseudo nodular

No derrame pleural derecho. Escaso derrame pleural izquierdo.



Diagnostico microbiologico

Fibrobroncoscopía con Lavado Bronco Alveolar

Dada la inmunodepresión severa (3CD4) tiene indicación la realización de FBC c/ LBA para búsqueda tanto de gérmenes inespecíficos como de BK , *P jiroveci*. En nuestro paciente no se realizó debido a falta de consentimiento.

Hemocultivos para micobacterias, hongos, inespecíficos.

Antígeno neumococcico en orina. POSITIVO



Exámenes para valoración general y estatificación

- Hemograma
- Glicemia
- PCR :inespecífico
- **Urea** y creatininemia
- LDH como patrón inespecífico de neuropatía por *P. jiroveci*
- Gasometría arterial para evaluar **insuficiencia Respiratoria.**



Tratamiento

TRATAMIENTO

Ampicilina Sulbactam 1.5 gr i/v cada 6 hs completando 1 semana . Se agrega Claritromicina 500 mg/12 hs debido al efecto inmunomodulador sinérgico.

Frente al aislamiento del *Streptococcus pneumoniae* se puede realizar el tratamiento dirigido , sabiendo que el mecanismo de resistencia de este germen **no es** a través de beta-lactamasas sino mediante **modificación de las PBP** (proteínas de unión a la penicilina) . Por lo tanto el agregado de Sulbactam no aporta ventajas al tratamiento.
Se plantea Ampicilina 2gr/6hs i/v



Neumopatías agudas bacterianas en VIH-SIDA

- Mayor incidencia de neumonías Bacterianas en VIH(+) que en pacientes no VIH.
- Importante causa de morbi-mortalidad.
- Puede ser manifestación de infección por VIH no diagnosticado.
- Ocurre en cualquier estadio de la infección por VIH. Independientemente del recuento de CD4.
- Principal motivo de ingreso hospitalario en pacientes VIH.
- Pacientes con TARV y Profilaxis anti *P. jiroveci* menos riesgo de adquirir infecciones respiratorias bacterianas.



Neumopatías agudas bacterianas en VIH-SIDA

- Etiología → al igual que en inmunocompetentes el germen más frecuente es ***Streptococcus pneumoniae***.
- Otros micro-organismos: *Haemophilus influenzae*,
Staphylococcus aureus,
Pseudomonas auriginosa,
Rhodococcus equi,
Chlamydia pneumoniae
- Diagnostico microbiologico
 - » Fibrobroncoscopia con LBA
 - » Hemocultivos
 - » Antígeno neumococcico en orina



- **Antígeno neumococcico en orina**
- Inmunocromatografía
- Detección de polisacárido capsular.
- Sensibilidad aumenta en pacientes bacteriémicos > 85%
- Especificidad 95%
- Falsos (+) hasta 5 días posteriores a la vacunación
- Positividad persiste aun bajo tratamiento ATB hasta por lo menos 1 mes de iniciado el cuadro.
- Importancia del diagnóstico etiológico: realizar tratamiento ATB dirigido de forma precoz.



Profilaxis-Vacunacion

- Vacuna antineumococica 23 serotipos
 - Polisacárido capsular
 - Prevención de enfermedad neumococica invasiva
 - En mayores de 2 años
 - En VIH con mas de 200 CD4 (con cifras menores disminuye la eficacia) por lo que si se vacunó con menos de 200 CD4 debe re vacunarse cuando la cifra sea mayor a 200 CD4/mm³.
 - Dosis de refuerzo por única vez a los 5 años en pacientes de alto riesgo
 - No actúa sobre estado de portador.



Bibliografía

- Jimenez P., et al. Diagnóstico microbiológico de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev Chil Infect* **2005**; 22 (1): 32-38
- Mandell L., et al. IDSA/ATS Guidelines for CAP in Adults . **CID** **2007**:44 (2) 27-72
- Lichter J. Neumonía neumococcica. En Bordow R . Neumología Madrid. Marban. **2003**. 116-121
- National institute of health (NIH), Centers of Disease Control and Prevention (CDC), HIV Medicine Association of the infections Diseases Society of America (HIVMA/IDSA) Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV Adults and Adolescents. **2008**