



Caso clínico

Absceso glúteo en paciente VIH+

Dra. Paulina Brasó

Dra. Mariana Guirado

Julio 2013



Antecedentes Personales

- Sexo masculino, 40 años, procedente de Montevideo.
- VIH+ diagnosticado en 1997, con inicio de tratamiento antirretroviral (TARV) en 2000, múltiples planes.
- TARV actual: abacavir- lamivudina- lopinavir/ritonavir
Setiembre/2012 CD4 568/mm³ y CV indetectable.
- Enfermedad renal crónica leve (creatininemia: 1,28mg/dl) de etiología no aclarada.
- Ex usuario de drogas intravenosas.



Historia Clínica

- Motivo de consulta: Fiebre de 48 hs de evolución y dolor en glúteo izquierdo.
- Enfermedad actual: Fiebre de 39-40 C axilar de 48 horas de evolución. Tumorción dolorosa, roja, con calor local a nivel glúteo izquierdo de 4 días de evolución. No otras lesiones. Niega síntomas respiratorios, urinarios, digestivos.



Examen físico al ingreso

Vigil. Bien orientado en tiempo y espacio. Tax:38 C. Bien hidratado y perfundido

PyM: normocoloreadas. A nivel glúteo izquierdo presenta tumoración de 4 cm de diámetro, blanda, móvil, no adherida a planos profundos, dolorosa, con signos fluxivos. No supuración

BF: lengua húmeda, no muguet, no focos sépticos

CV: RR 102 cpm. RBG, sin soplos. PA 140/80 mmHg

PP: MAV presenta bilateral, escasos estertores secos difusos

ADB: Blando, depresible e indoloro. Sin visceromegalias

FFLL: libres e indoloras

PNM: sin alteraciones



Planteo y conducta en la emergencia

- Por presentar tumoración con las características analizadas se realiza diagnóstico de absceso glúteo.
- La etiología por frecuencia: bacteriana inespecífica (con mayor frecuencia *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*).
- Se realiza paraclínica: hemograma, reactantes de fase aguda, función renal, función hepática.



Paraclínica del ingreso (4/5)

Leucocitos 13.180 cel/mm ³	N: 10.330 cel/mm ³ L: 1.450 cel/mm ³	Hemoglobina 11,7 g/l	Plaquetas 248.000 cel/mm ³
Azoemia 131 mg/dl	Creatininemia 2,28 mg/dl	Natremia 130 mEq/l	Potasemia 4,8 mEq/l
GPT 25 U/l	GOT 48 U/l	GGT 187 U/l	Bilirrubina total 0,90 mg/dl
VES 90 mm/hora			



Se realiza
drenaje

(no se envían
muestra para
bacteriología)





- Inició trimetoprim-sulfametoxazol 320/1600 mg cada 8 horas vo.
- Se decidió manejo ambulatorio con control a las 48 horas en policlínica.



- El paciente presentó un registro febril y continuó con dolor a nivel glúteo por lo que re-consulta en policlínica donde dada la evolución se decide ingreso para iniciar antibioticoterapia endovenosa y control evolutivo.
- Se solicita valoración por equipo de enfermedades infecciosas



Paraclínica del re-ingreso

Leucocitos 12.530 cel/mm ³	N: 10420 cel/mm³ L: 1090 cel/mm³	Hemoglobina 10,8 g/l	Plaquetas 266.000 cel/mm ³
Azoemia 95 mg/dl	Creatininemia 2,20 mg/dl	Natremia 131 mEq/l	Potasemia 4,1 mEq/l
GGT 194 U/l		PCR 56 mg/l	

Se toman muestras para hemocultivos (2)

Se inicia Penicilina cristalina 3 millones c/4hs iv (dosis ajustada a función renal) + Clindamicina 600 mg/6hs iv



Evolución en la sala

- El paciente presentó buena evolución, con descenso de la fiebre y de la leucocitosis. Hemocultivos negativos.
- Mejoría de la función renal, con retorno a valores previos.
- Luego de 10 días de antibioticoterapia endovenosa se otorga alta con amoxicilina-clavulánico 500mg/125mg $\text{c}/12\text{hs}$ vo por 10 días.



Aprendizaje

Tener presente microorganismos involucrados con mayor frecuencia en esta patología para iniciar antibióticos en forma empírica (aumento incidencia de SAMR).

Obtener material para cultivo nos da la posibilidad de conocer el microorganismo y de realizar tratamiento antibiótico dirigido.



En pacientes VIH bajo tratamiento antirretroviral que presentan buena inmunidad no se ha visto aumento de la incidencia de esta patología.

Los pacientes VIH+ tienen mayor incidencia de infecciones por *S. aureus* meticilino resistente de perfil comunitario, con reportes de prevalencia hasta 18 veces superiores respecto a pacientes VIH-. El tratamiento antimicrobiano recomendado es en base a trimetoprim-sulfametoxazol.

Hidron AI, et al. *The rise and fall of MRSA infections in HIV patients*. AIDS 2011; 25 (online edition), doi: 10.1097/QAD.0bo13e328343c595

Shadyab AH et al. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Infections Among HIV-Infected Persons in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. HIV Medicine 2012;13(6):319-332.

Krucke G et al. Antibiotic resistance in the *Staphylococcus aureus* containing cutaneous abscesses of HIV patients. Am J Emerg Med 2009;27(3):344-347.



¿ Debemos plantearnos otras etiologías en pacientes VIH+?

Microorganismos como *Nocardia* sp, *Rhodococcus equi*, *Mycobacterium tuberculosis complex*, *Mycobacterium avium complex* son etiologías a considerar en pacientes con una inmunidad más comprometida, con recuento de linfocitos T CD4+ < 100 – 50 células/ μ l.

Biscione F et al. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica ;23(7):419-423

Lawn SD et al. Clin Infect Dis. 2004;38(3):461-3

Corti M et al. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2007;49(4):267-70



Valorar la existencia de disfunción orgánica en pacientes con infecciones graves.

La insuficiencia renal constituyó la disfunción más frecuente en estudios realizados en nuestro medio, alcanzando el 80% de los pacientes.

El diagnóstico precoz minimiza el daño renal y el desarrollo de complicaciones.

Los pacientes que presentan daño renal agudo al ingreso son más propensos a presentar clínica compatible con sepsis e IRC.