

CATEDRA ABIERTA

CASO CLÍNICO

MARZO 2017

Dra. Alejandra Salaberryborda

- SF, 31 años, trabajo informal en cosechas.
- Adicta a PBC en abstinencia desde hace 1 año y medio, tabaquista intensa, BC
- VIH diagnosticado en 2008 durante embarazo, sin control ni tratamiento hasta mayo de 2015, cuando ingresa a CTI por neumonía a *Pneumocystis jirovecii* requiriendo IOT y ARM
- Inicia TARV en junio 2015 con TDF/3TC/EFV, con 31 CD4/mm³
- Ac VHC no reactivo
- Ac superficie VHB 72 UI, Ag superficie no reactivo, Ac core total positivo
- Sífilis tratada en varias oportunidades por reinfecciones (RPR 6/2016 no reactivo)
- Toxoplasmosis: IgM no reactiva, IgG 650 UI/ml reactivo

Respuesta al TARV

FECHA	CARGA VIRAL	POBLACIÓN LINFOCITARIA
5/2015		31
10/2015	173 copias	273
5/2016	<20 copias	453
11/2016	<20 copias	620
3/2017		584

ENFERMEDAD ACTUAL

- 11/2016: consulta en emergencia por disminución de fuerzas de miembros derechos y desviación de rasgos faciales que instala en forma brusca.
- No presentó: cefaleas, fiebre, compromiso de conciencia o movimientos anormales
- Al exámen : lúcida, eupneica, apirética. P y M normocoloreadas
- SNM: hemiparesia derecha proporcionada con compromiso facial de tipo central
- CV: rr 80 cpm, RBG sin soplos. PA 120/70. No soplo suspendido
- Resto del exámen sin particularidades
- Hemograma, función renal, funcional hepático normales
- Glicemia 0.87g/l
- Colesterol total 146 mg/dl, LDL 77 mg/dl, HDL 36 mg/dl, TAG 165 mg/dl. IA 4.1
- Crasis normal

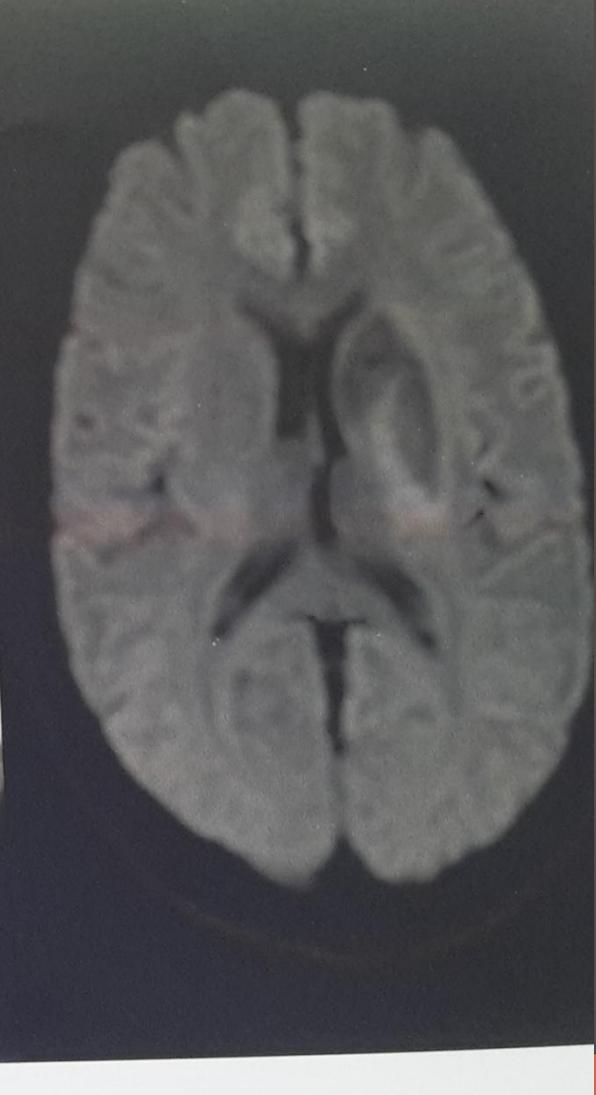
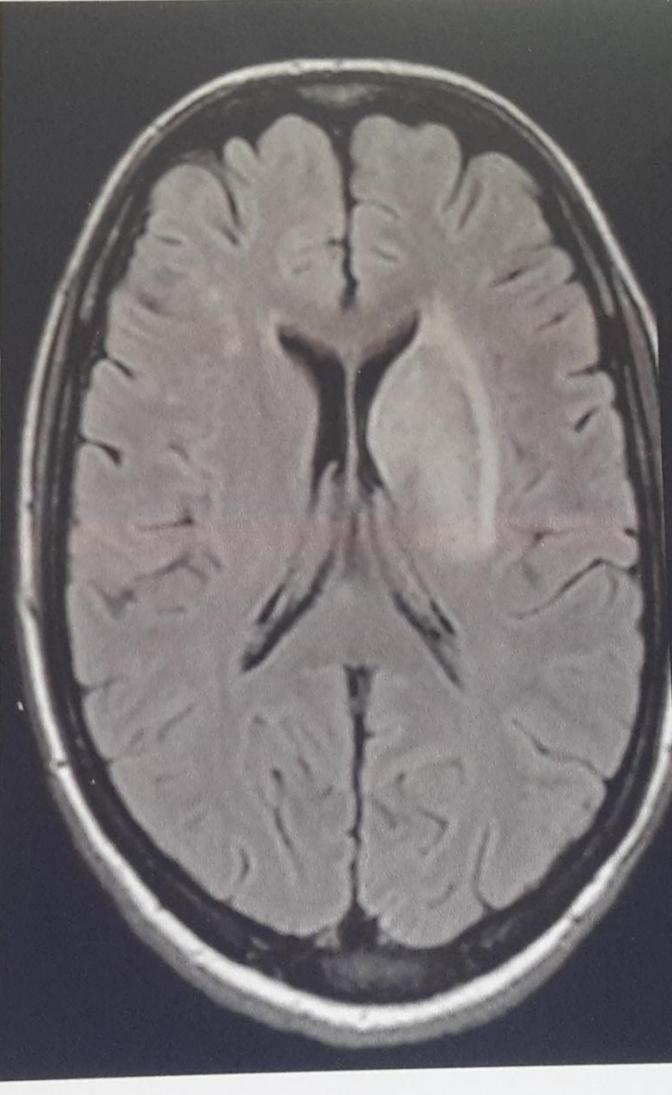
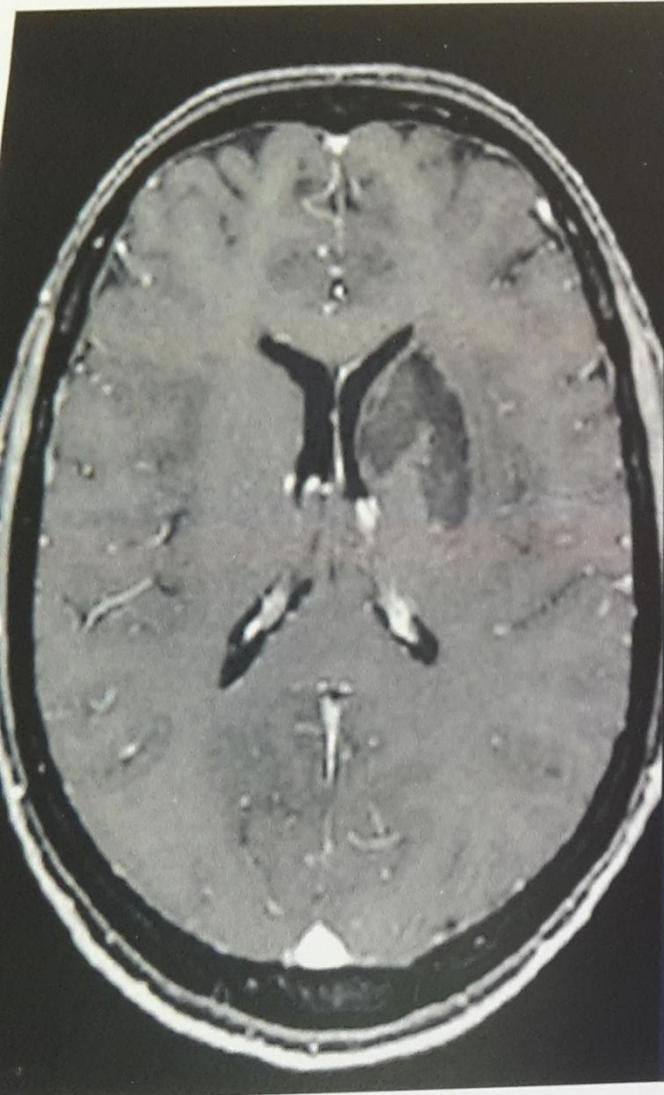
- **TAC de cráneo** al ingreso: hipodensidad gangliobasal izquierda que compromete putamen y cabeza del núcleo caudado, de bordes bien definidos, sin realce con contraste y con discreto efecto de masa local sobre asta frontal del ventrículo lateral. Impresiona área isquémica bien configurada, pero dado el antecedente de VIH sugieren completar valoración con RNM

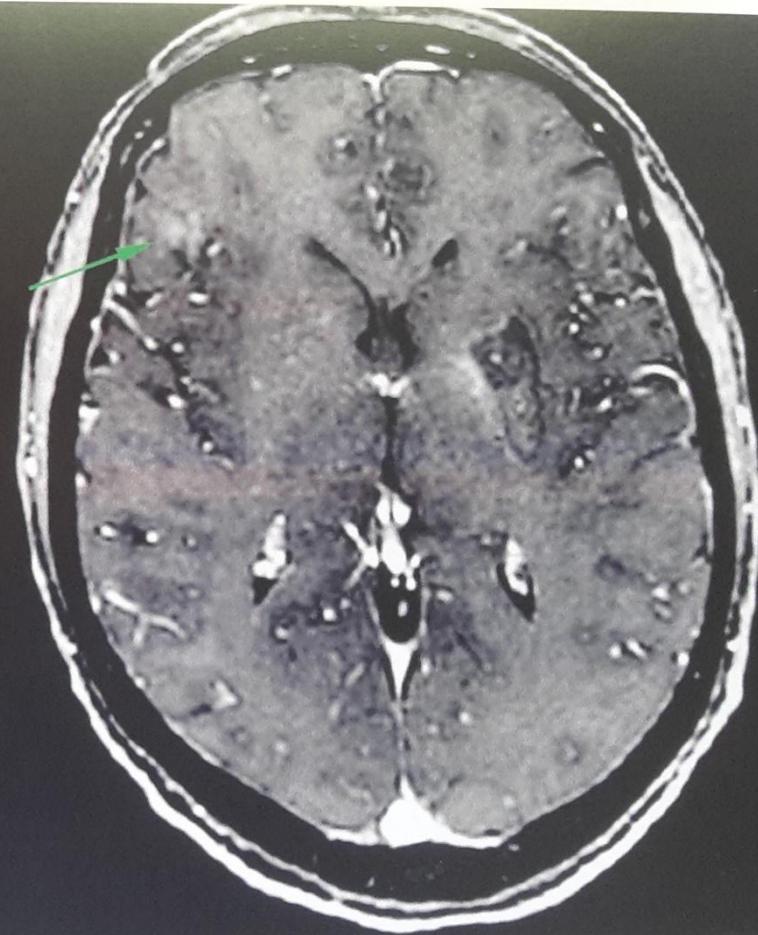
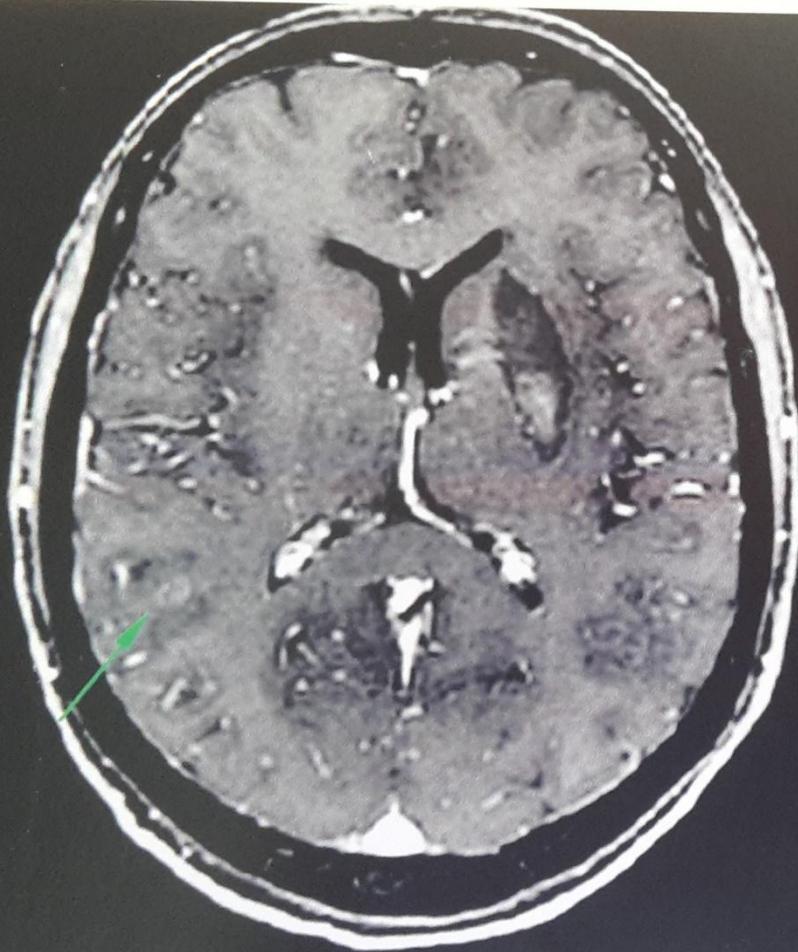
Diagnóstico ? 620 CD4!!

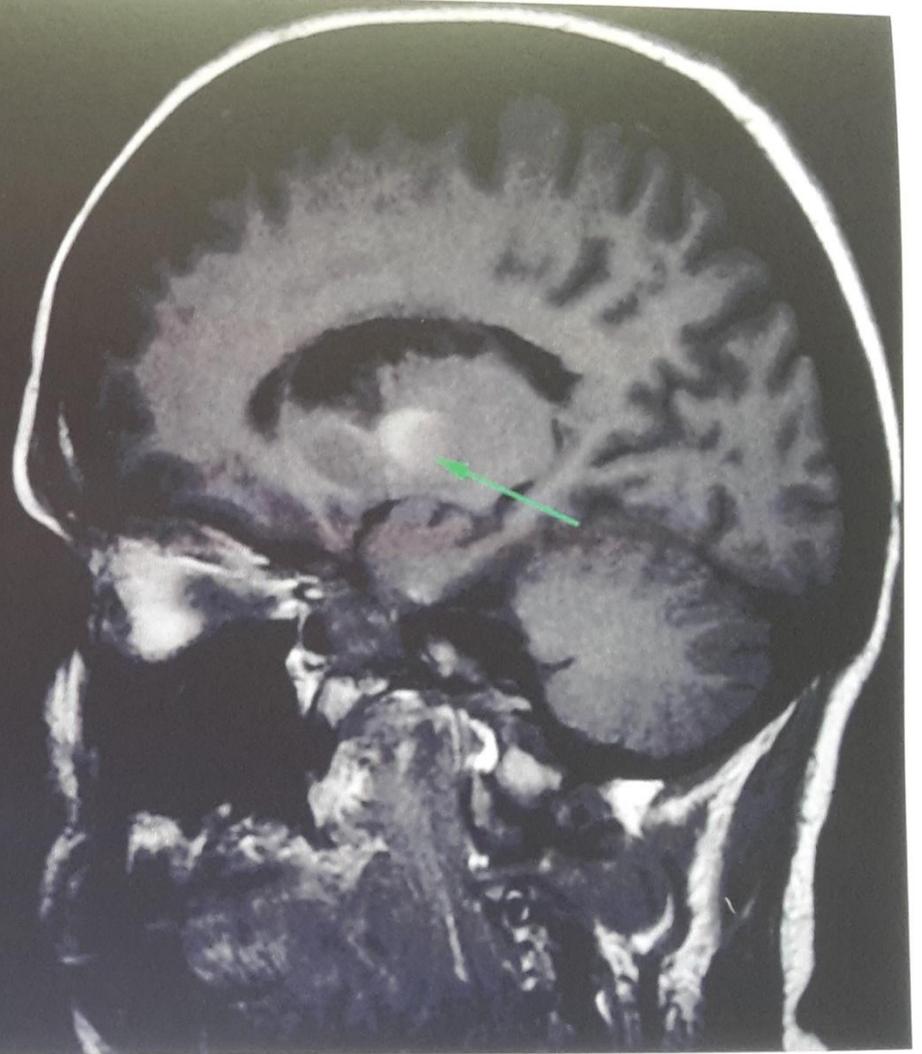
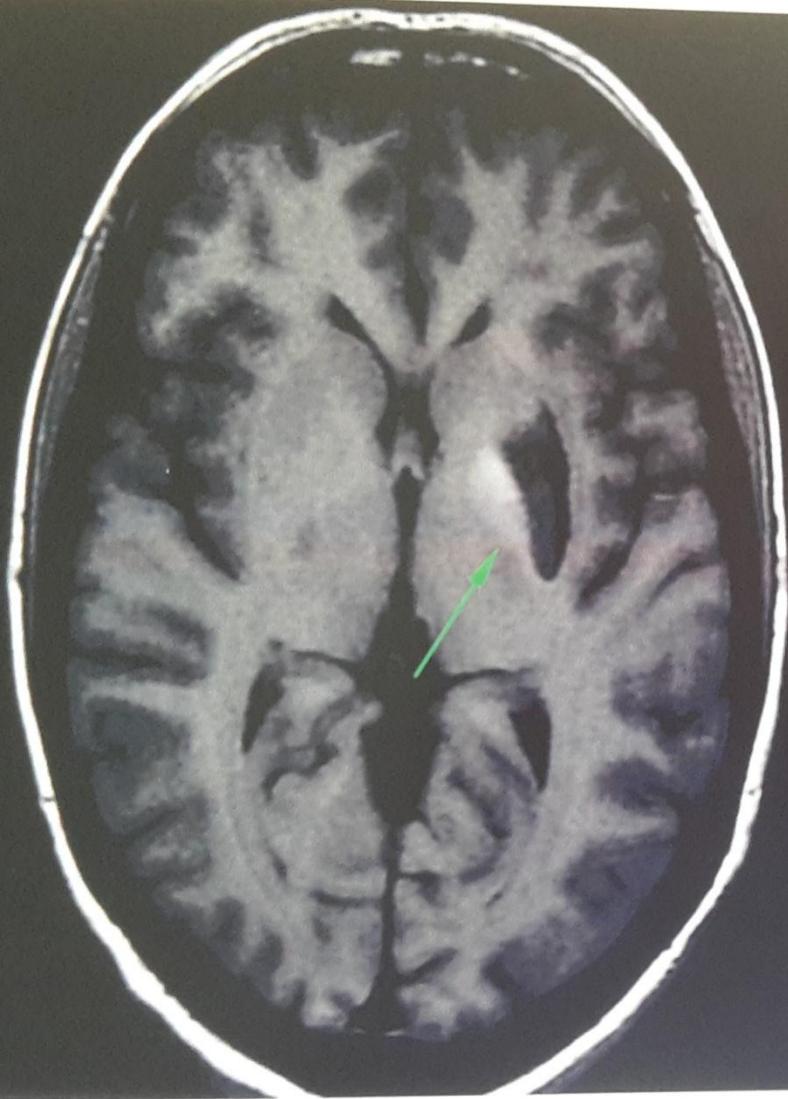
- ACV isquémico (embólico, protrombótico, sífilis meningovascular)
- LOE:
- Neoplásico (primitivo o secundario)
- Infeccioso
- Infección oportunista con reconstitución inmune

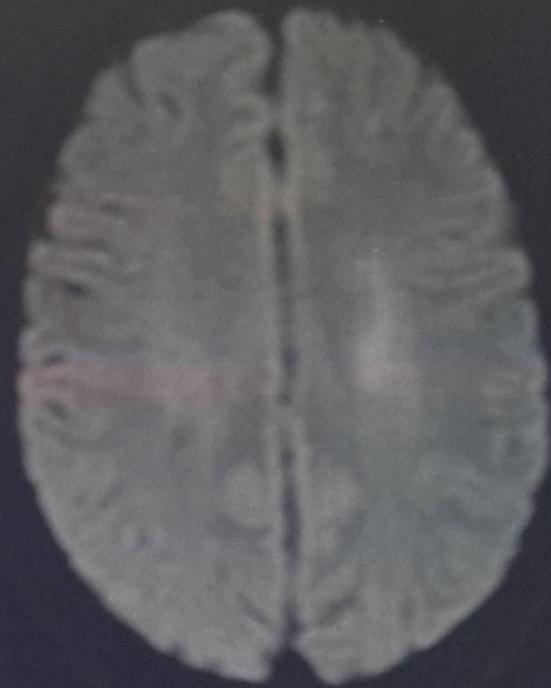
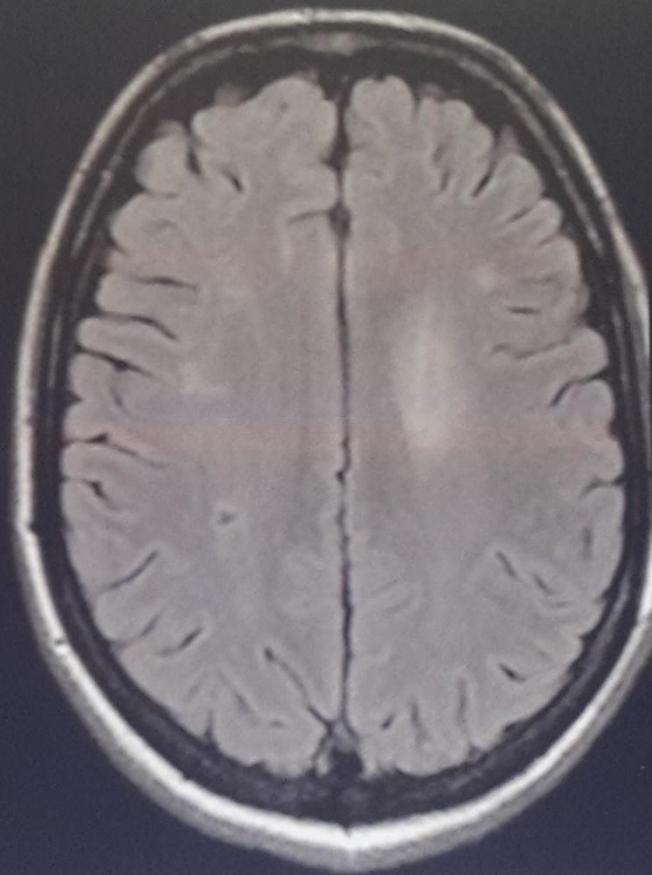
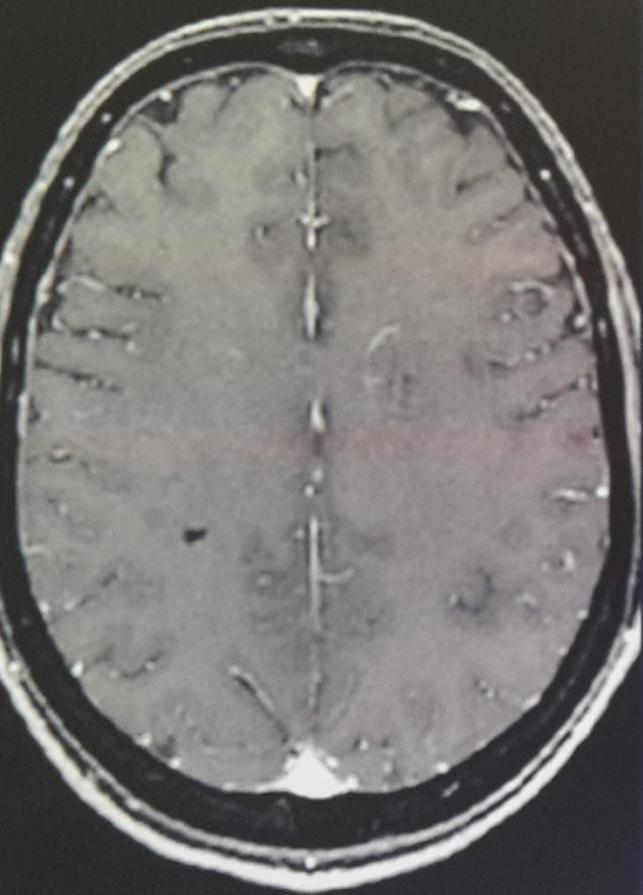
Evolución en sala

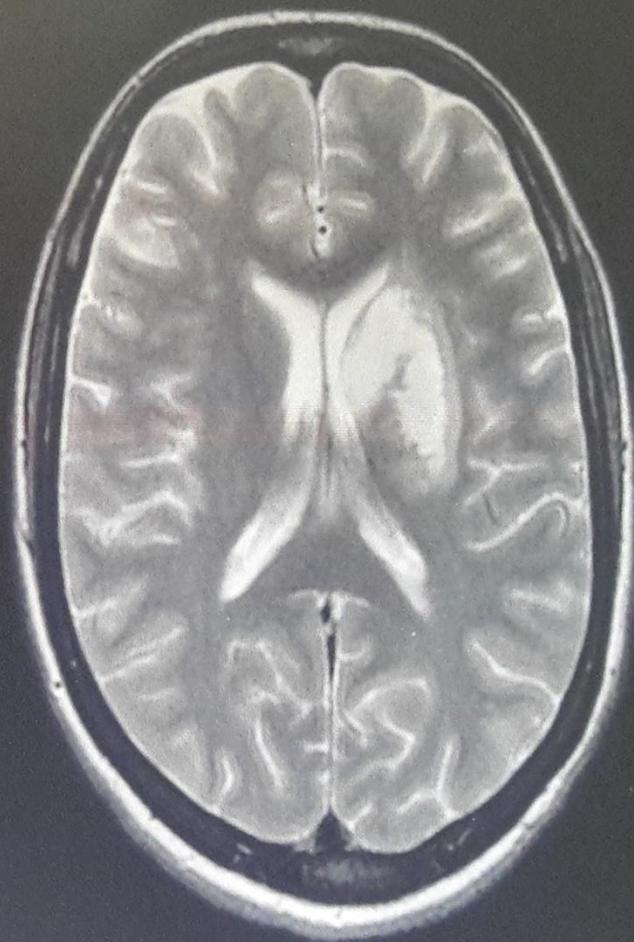
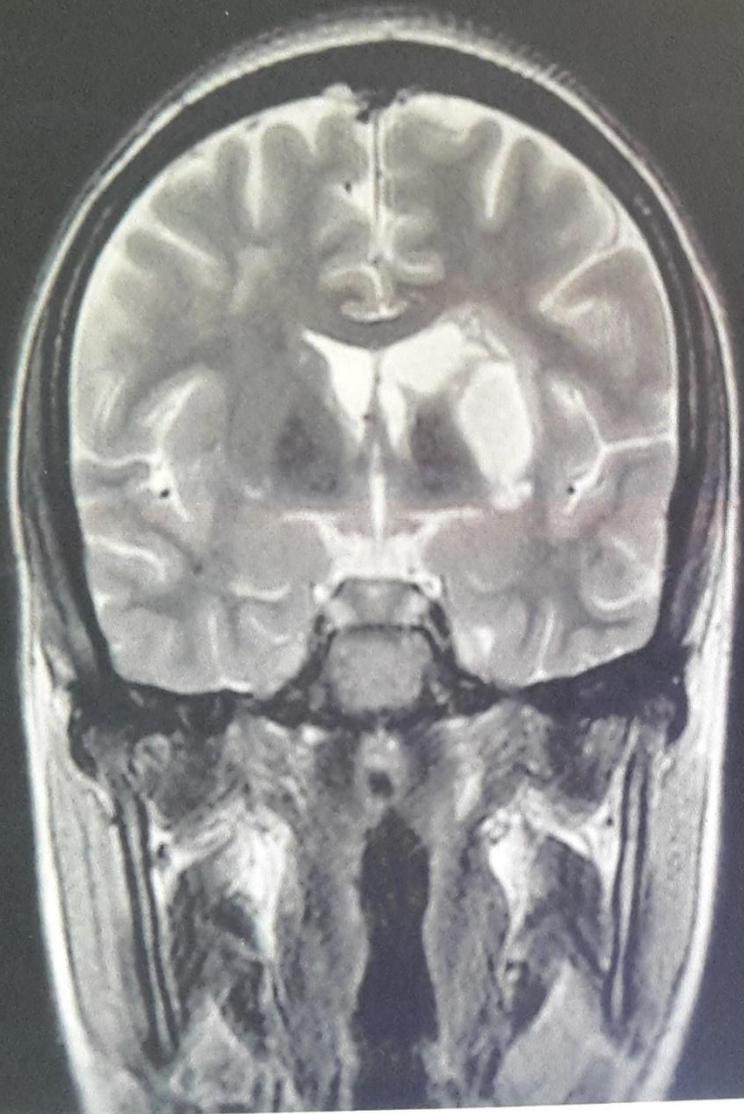
- Mejoría progresiva del déficit motor, persistiendo leve hemiparesia derecha
- Ecocardiograma: normal
- Ecodoppler de vasos de cuello: normal
- ECG: RS 80 cpm, repolarización ventricular sin alteraciones
- Se trata con atorvastatina, AAS. Continúa TARV
- Alta y reingresa para RNM 7/12/2016











Es una neurotoxoplasmosis?

- Pilar epidemiológico
- Pilar serológico
- Pilar clínico
- Pilar imagenológico
- Pilar evolutivo
- Descartar otros planteos

Estudio del LCR

- CITOQUIMICO
- Aspecto: límpido, incoloro
- Sedimento: nulo
- Glucosa: 0.54 g/L
- Proteínas : 0.28 g/L
- Citología: GB 10/mm³- GR 1/mm³

Citometría de flujo

Inmunofenotipo

- Se recibe líquido cristal de roca que se concentra para estudio inmunofenotípico
- El sector linfocitario se encuentra representado por un 94,3% de elementos de línea T (CD3), 1,9% de elementos de línea B (CD19) y 4% de células NK (CD3-CD56)
- Los linfocitos T se subdividen en 49,3% de linfocitos T cooperadores y 37,2% de linfocitos T supresores, 11,6% de linfocitos T doble negativos y 2% de linfocitos T doble positivos.
- Los linfocitos de la línea B se encuentran escasamente representados
- Los elementos de la línea T no presentan ni hipo ni hiperexpresiones que sugieran clonalidad
- **EN SUMA: SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO POR LNH EN LA MUESTRA ANALIZADA**

- **DETECCIÓN MOLECULAR DE ADN DE HERPES VIRUS.**
NO SE DETECTÓ ADN VIRAL DE:
- CMV
- **EBV**
- HHV-6
- HSV1
- HSV2
- VZ

- No se detectó ADN de Mycobacterium Tuberculosis
- PCR para virus JC negativo

- Ac antifosfolipídicos positivos. RPR 64 U.
- D dímeros negativos

Conducta

- Tratamiento antitoxoplasmosis por 8 semanas:
- Sulfadiazina 1 g v/o cada 6 horas
- Pirimetamina 200 mg v/o el primer día, seguido de 50 mg día
- Acido folínico 10 mg v/o día
- Penicilina benzatínica 2.400.000u i/m semanal por 3
- Repetir RNM en la evolución

High magnification 512 x 512
4148 W/M 0512

A

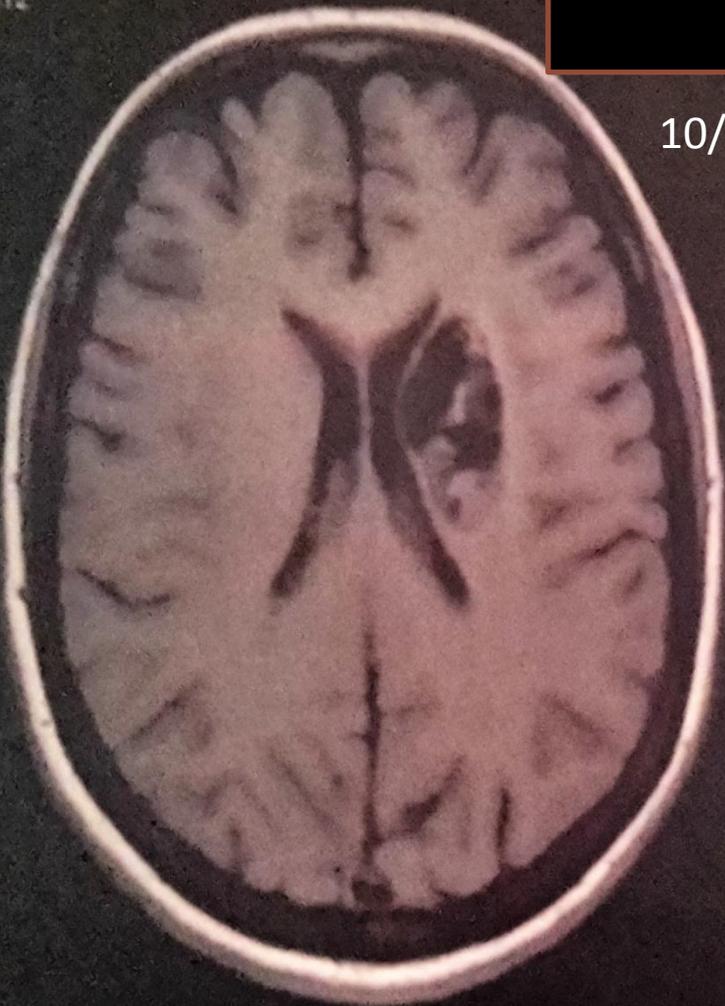


A

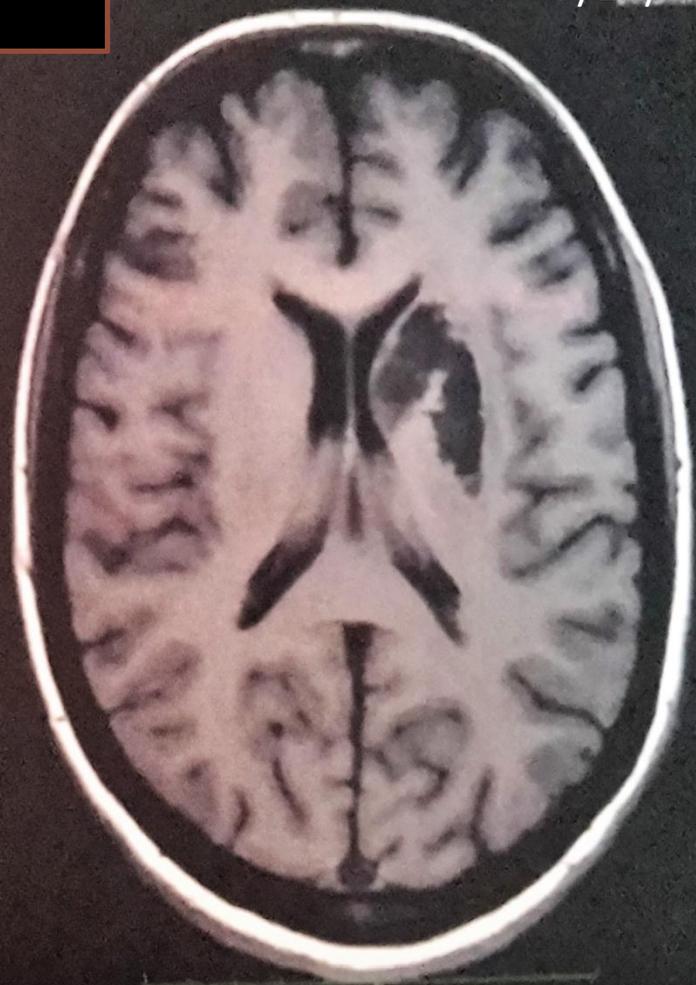
Febru 7/12/16 9:23

7/12/16

10/1/17

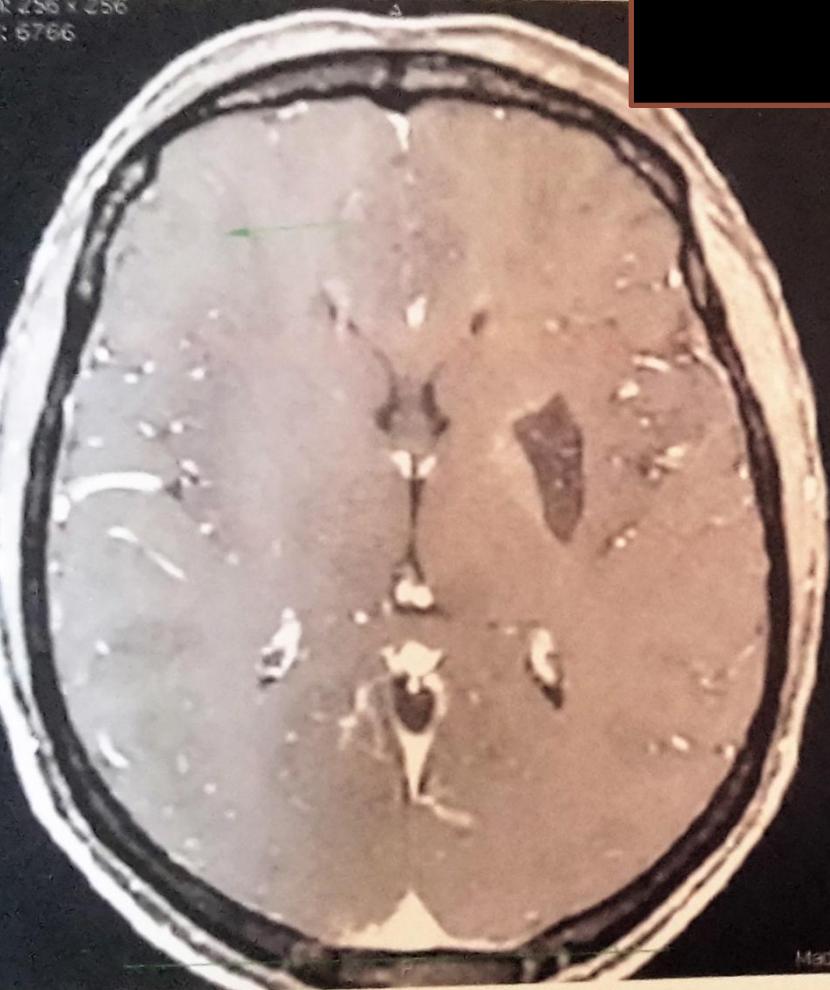


L R



Made in Oerix

256 x 256
: 6766



L R

Ped

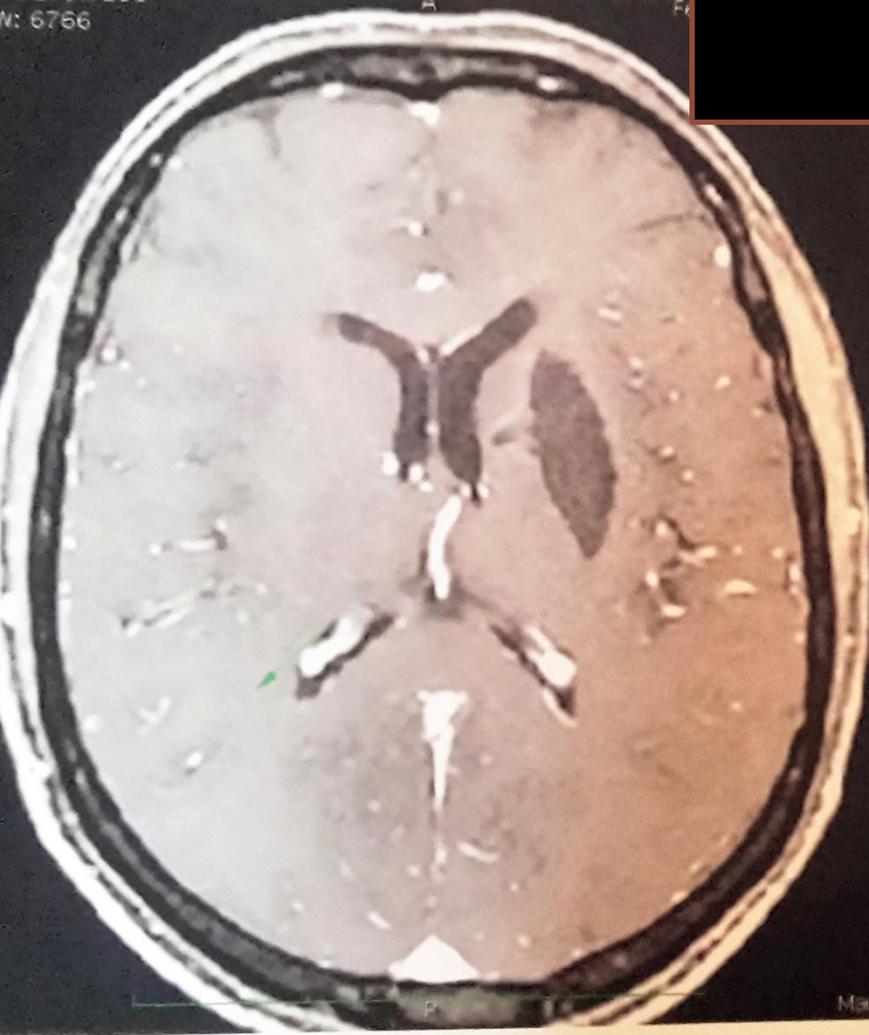


Made in OsirX

Mat: 256 x 256
W: 6766

A

Fa



L R

Made in OsirX

Fedha: 7/12/16 9:

Documento:

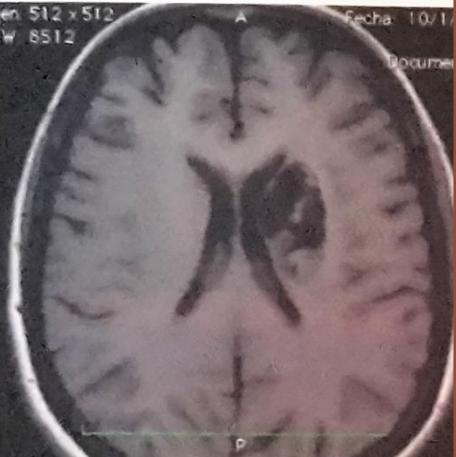
Tr

A

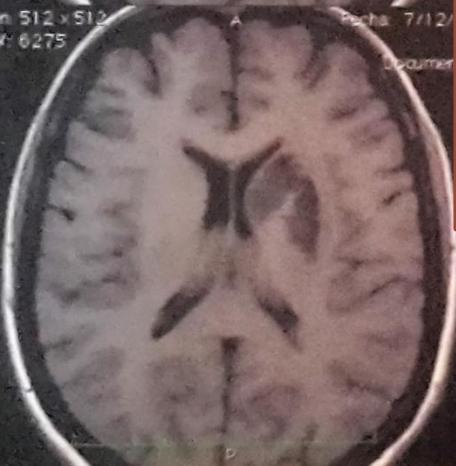


M

agen 512 x 512
WW 8512
Fecha: 10/1/17
Documento

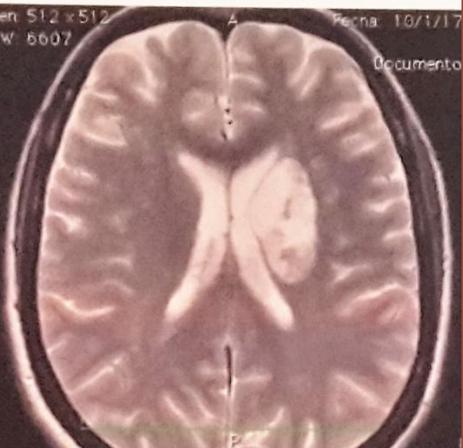


agen 512 x 512
WW 6275
Fecha: 7/12/16
Documento

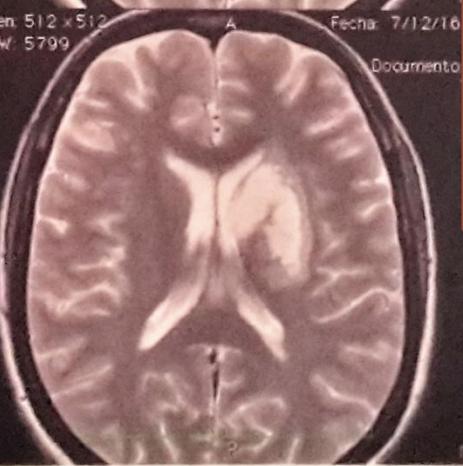


Made In Osirix

agen 512 x 512
WW 6607
Fecha: 10/1/17
Documento



agen 512 x 512
WW 5799
Fecha: 7/12/16
Documento

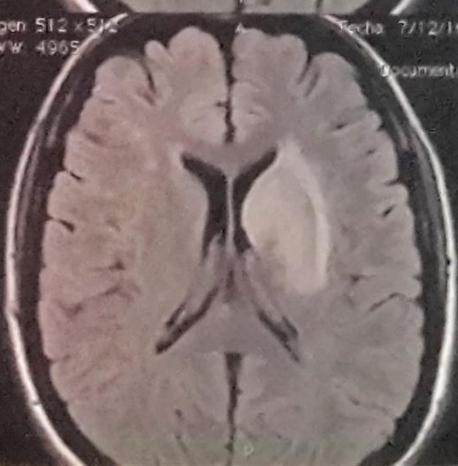


Made In Osirix

agen 512 x 512
WW 6151
Fecha: 10/1/17 9:16:46
No. Documento: 45064
Trazado



agen 512 x 512
WW 4965
Fecha: 7/12/16 9:35:11
No. Documento: 4605
Trazado



Made In Osirix

Hallazgos de la RM de craneo-encéfalo

Se comparó el presente estudio con el previo del 7/12/2016.

Persiste lesión lenticular y de la cabeza del núcleo caudado izquierdos de similar tamaño y con intensidad de señal ausente en el sector interior de la lesión. Prácticamente no hay captación periférica del contraste en menor grado.

La lesión en el sector más interno de la misma sigue presentando hiperintensidad en T1 sin Cte. No presenta restricción en la difusión.

Las lesiones hemisféricas derechas anulares descritas en lóbulo frontal y parietal no están presentes.

Se observan espacios subaracnoideos de la convexidad, cisternas de la base y cisternas silvianas de tamaño y configuración habitual.

El sistema ventricular supra e infratentorial es de topografía y volumen normal.

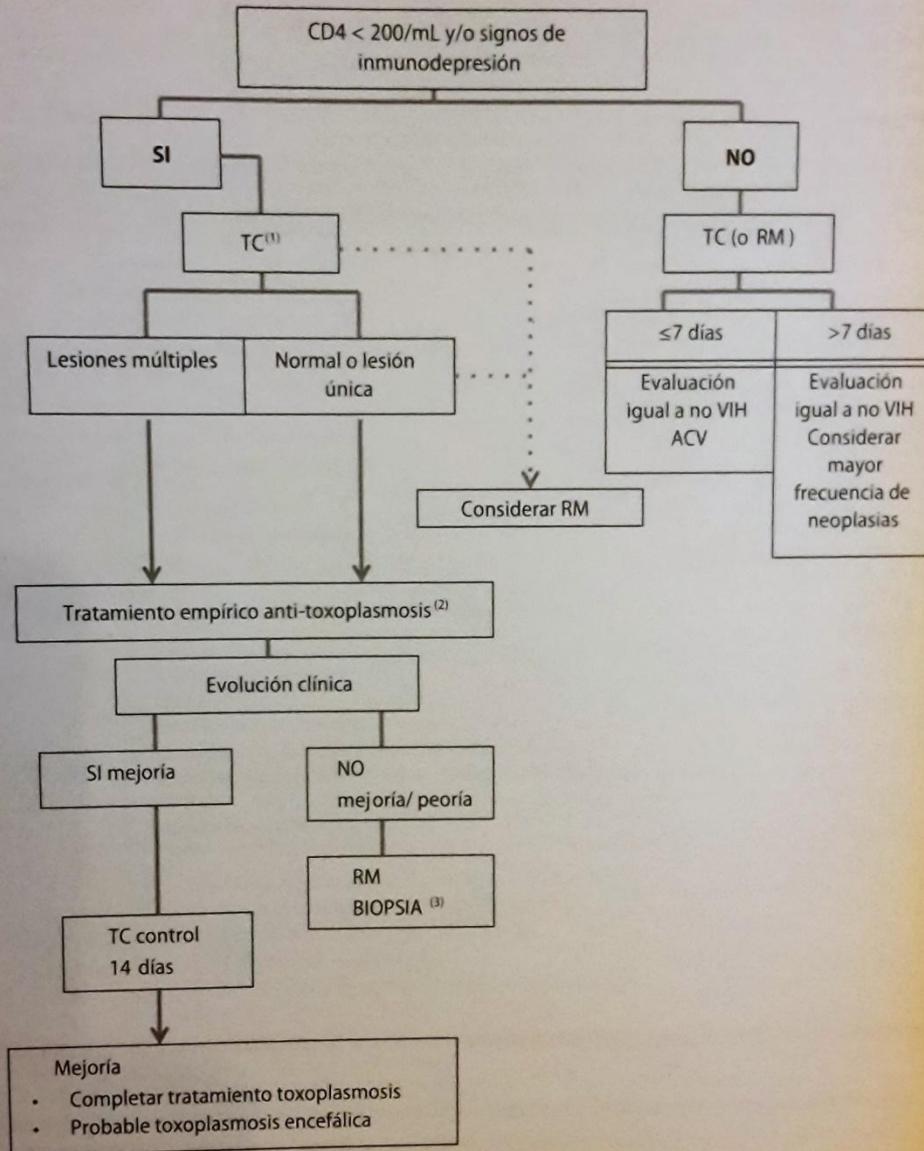
El parénquima encefálico no mostró otras alteraciones de señal focales ni difusa. Tallo encefálico y fosa posterior sin alteraciones.

EN SUMA

Las lesiones no visibles en el estudio actual podrían corresponder a curación de toxoplasmosis por el tratamiento.

La lesión gangliobasal izquierda podría tener además del infeccioso un componente isquémico vascular.

Algoritmo 4. Síndrome focal neurológico



- Puede tratarse de una neuro-sífilis en el contexto de la infección por VIH y reconstitución inmune por lo que se resuelve reiterar la PL para estudio del LCR con FDRL y FTA abs e índices.
- Iniciar el tratamiento para neuro sífilis.
- Control evolutivo clínico e imagenológico
- Mantener la profilaxis secundaria para neurotoxoplasmosis.