

Cátedra abierta

Desafíos diagnósticos en el paciente crítico con VIH

Cecilia Villarino
Marzo de 2019



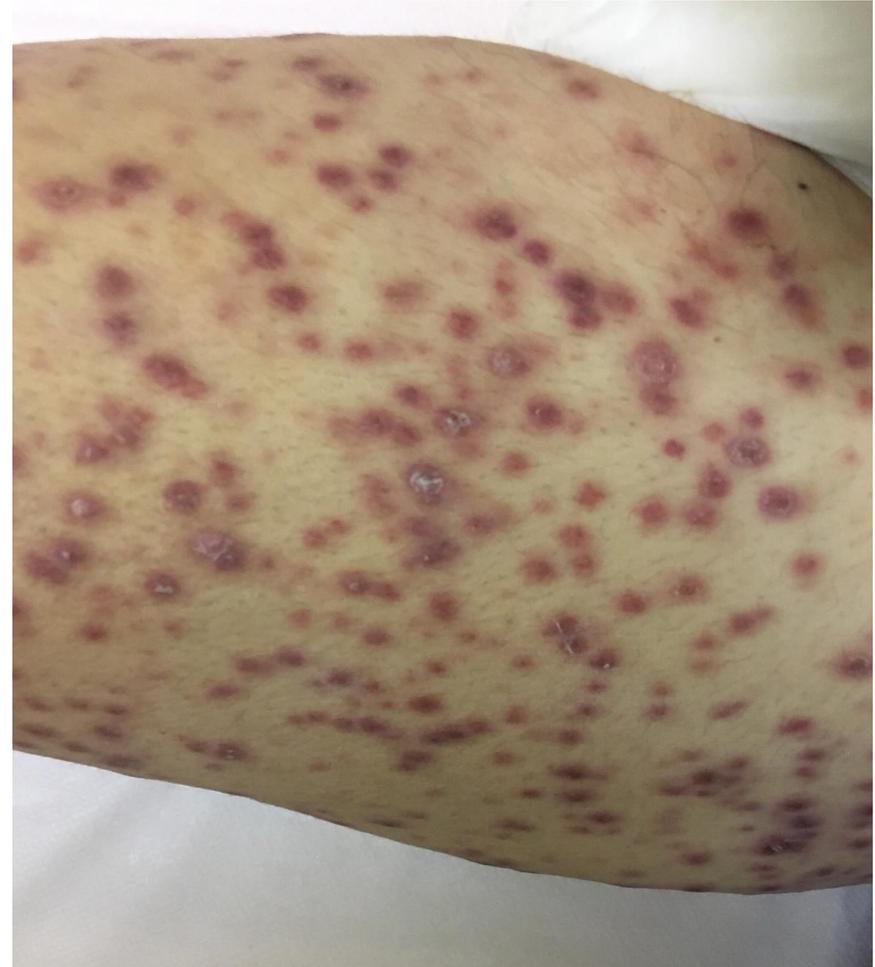
Mujer de 36 años

Día 0

Consulta por erupción cutánea generalizada, no pruriginosa.

5 días previos lesión necrótica ulcerada en labio inferior.

Disnea. Adelgazamiento. Niega fiebre. No cefalea.



Al examen lúcida, polipneica 30 rpm,
saturando 85% VEA, sin fiebre.

PyM: erupción cutánea generalizada, que
predomina en cara y miembros, levemente
sobre elevadas, hiper pigmentadas, algunas
con costra, algunas descamantes. Algunas
umbilicadas. No vesículas.

Lesión con costra necrótica en labio inferior.

LG: adenopatías pequeñas móviles en cuello
axilas e inguinal.

CV: RR de 130 cpm, no soplos, PA 80/40
mmHg

PP: Estertores crepitantes bilaterales

Abd: normal

PNM: lúcida. Rigidez de nuca. No elementos
de focalidad



Insuficiencia respiratoria severa que requiere IOT. PAFI 165.

Shock séptico.

Insuficiencia renal aguda anúrica que requiere TRR.

Sangrados mucosos y genital severos.

Ingreso a CTI.

Paraclínica

Hb 6.4 g/dl

GB 25000

Neutrófilos 24100 Linfocitos 840

Plaquetas 20000

Procalcitonina >10 ng/ml

PCR 459

Lactato 10mEq/l

LDH 7300

Azo 0.89 g/l Creatinina 1,57 mg/dl

VIH reactivo

CD4 12 mm³

CV VIH 914000 copias/ml Log 6.0

VDRL no reactivo

HBsAg no reactivo

HBcAc no reactivo

VHC no reactivo

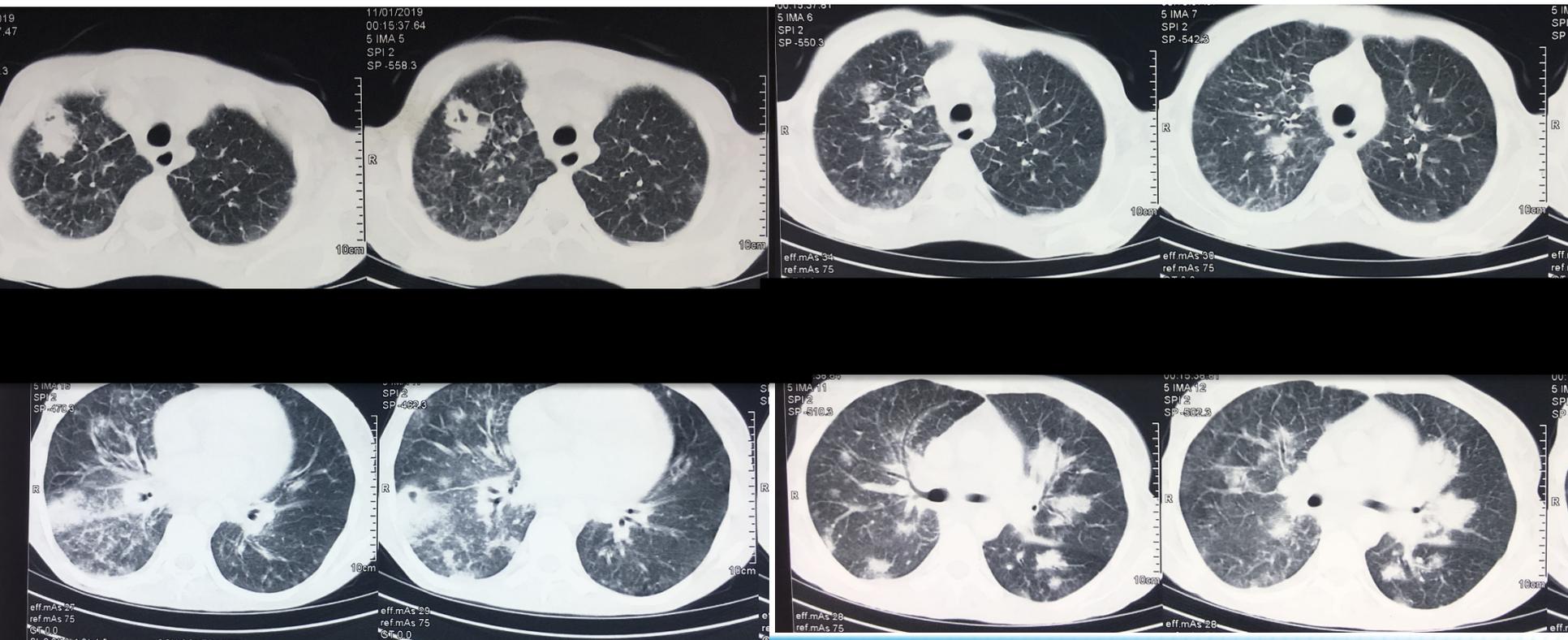
Ag neumocócico en orina
positivo



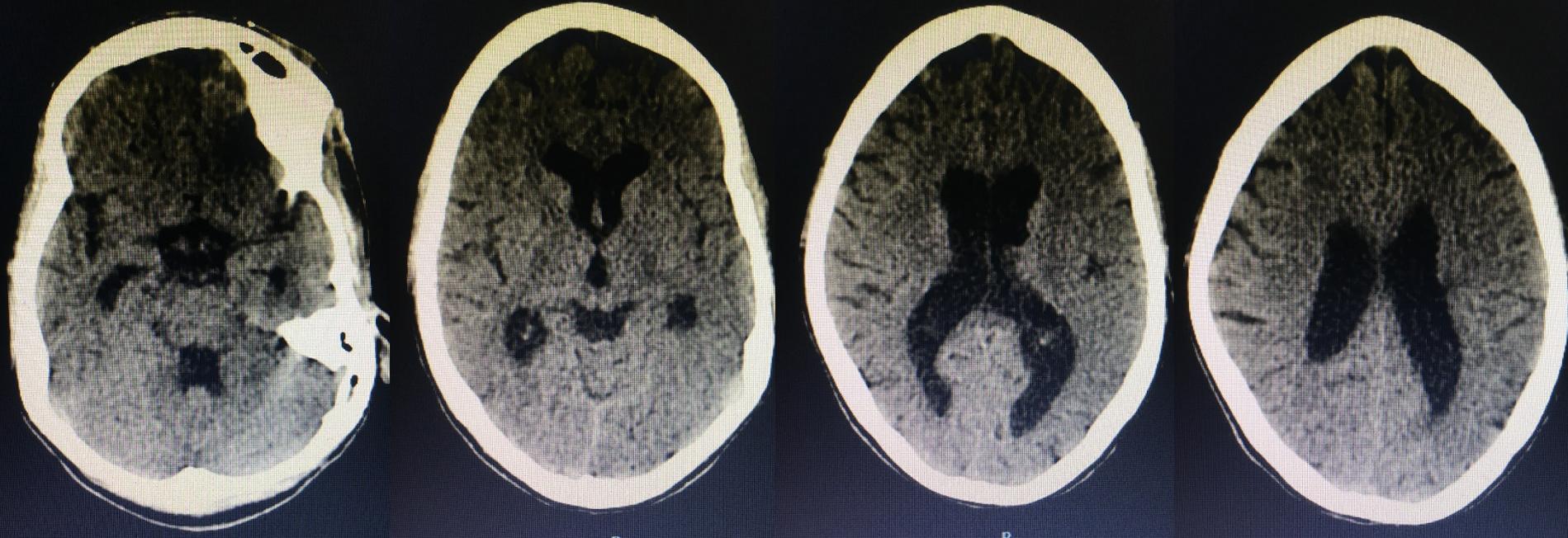
TC de torax día 0

Áreas de aumento de la densidad del parénquima pulmonar bilateral que predominan a derecha. Morfología **pseudonodular**. Algunas **en vidrio deslustrado** otras más **consolidadas**. Dos de las lesiones en LSD y LID tienen **sectores cavitados**, sin nivel. **Adenomegalias y conglomerados** en territorios mediastinales y ambos hilios.

TC de Abdomen: adenomegalias retroperitoneales, hilio hepático, tronco celíaco y mesentérica superior de hasta 15 mm. Resto normal.



TC cráneo (día 2): leve dilatación del sistema ventricular.



LCR

Presión de apertura 25 cm H₂O

Ligeramente turbio

Color claro. Sobrenadante límpido

Proteínas 0.36 g/l

Glucosa 0.65 g/l

Leucocitos no se observan

Eritrocitos 2200 mm³ 100%conservados

Glicemia 0.90 g/l



¿Cuáles serían sus planteos diagnósticos al ingreso?

¿Qué plan antimicrobiano empírico propondrían?



Planteo clínico realizado al ingreso a CTI:

Debut VIH con inmunodepresión severa
DOM. Shock séptico. IRA. Hematológica.

Infección fúngica invasiva? Histoplasmosis diseminada?

Criptococosis diseminada?

Varicela grave?

Tuberculosis diseminada? Micobacteria no tuberculosa?

Bacteriano inespecífico?



Tratamiento empírico instituido:

Anfotericina B desoxicolato 0.7 mg/k/d
Aciclovir 10 mg/k cada 8 hs iv
Trimetroprim sulfametoxazol 15mg/k/día
Piperacilina tazobactam 18 g/día



Resultados relevantes iniciales

Hemocultivos por 4 sin desarrollo.

UC sin desarrollo.

AT sin desarrollo

Serología para Varicela Zoster

IgM negativa / IgG positiva

LBA

-Bacteriológico sin desarrollo

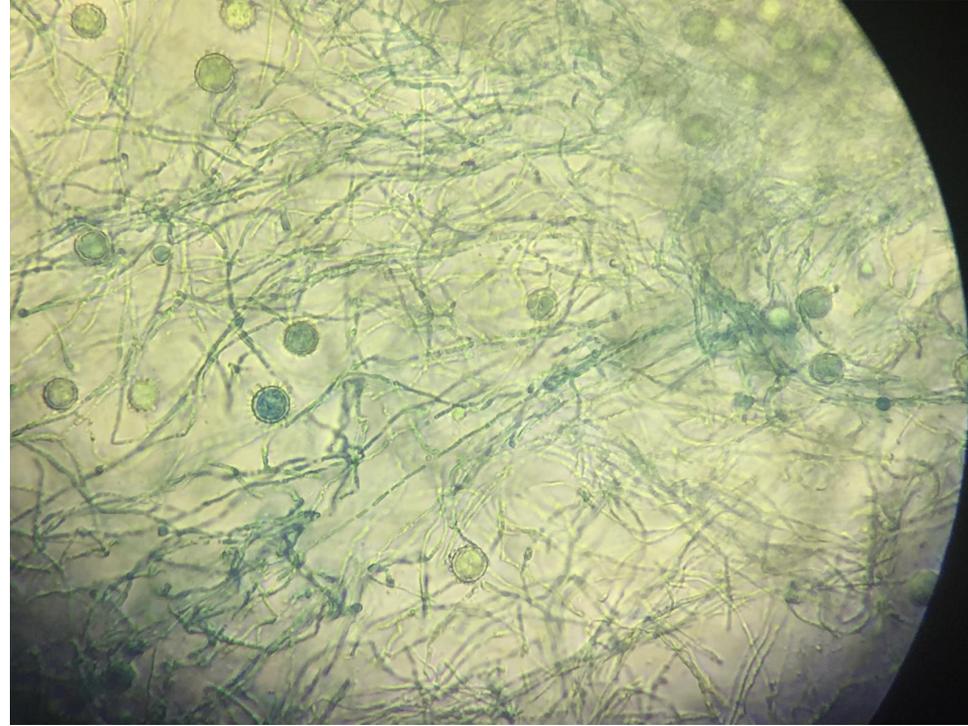
-IFD *Pneumocystis jirovecii* negativa

-Galactomanano 4.8

-Micológico: Directo y tinciones negativo

Cultivo ***Histoplasma capsulatum***

-GeneXpert *Micobacterium Tuberculosis complex* negativo, directo negativo



Resultados relevantes iniciales

LCR

Bacteriológico sin desarrollo

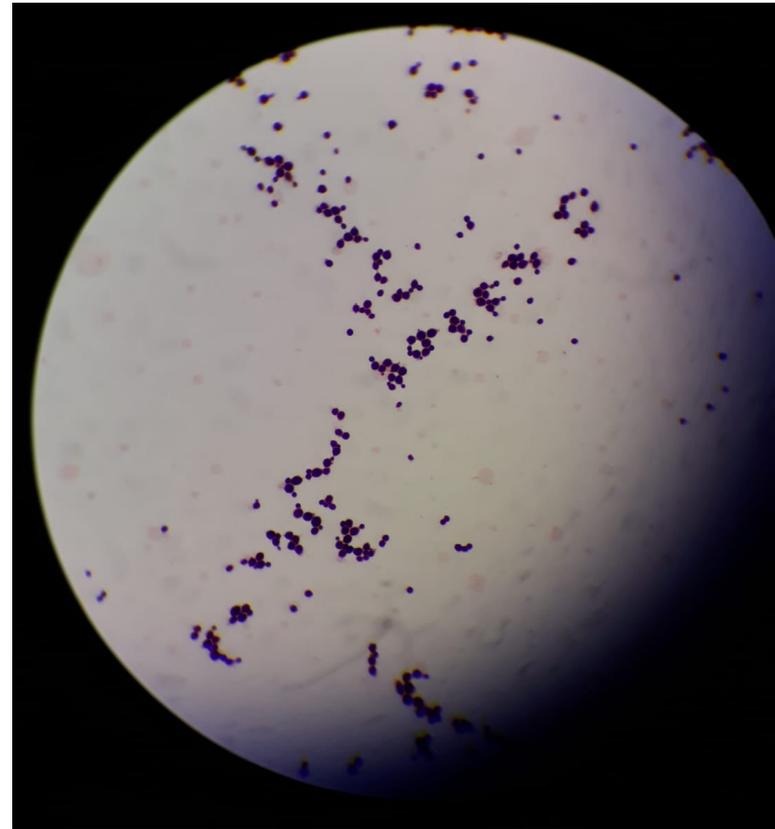
Micológico: Tinta china positiva.

Desarrolla *Cryptococcus neoformans*

GeneXpert *Micobacterium Tuberculosis complex* negativo. Directo negativo.

Cultivo micobacterias negativo.

Día 5 se asocia Fluconazol 1200 mg día (+ Anfotericina 0.7 mg/k/d) con diagnóstico de criptococosis diseminada.



Evolución neurológica y del LCR

AMB	Fluconazol	P de apertura	Glucosa (g/l)	Proteínas (g/l)	Células	Cultivo micológico
Día 2		27 cmH20	0.65	0.36	GB 0	<i>Cryptococcus neoformans</i>
Día 5	Día 1	28 cm H20	0.83	0.36	GB 0	
Día 14	Día 9	24 cm H20	0.53	0.40		<i>Cryptococcus neoformans</i>
Día 24	Día 19	15 cm H20	0.33	0.48	GB 0	sin desarrollo
Día 42	Día 38		0.54	0.63	GB 0	
Pasteur			0.47	0.72	GB 5 PMN	

Día 14 de tratamiento persiste cultivo de LCR positivo por lo que se mantiene tto con biterapia de Anfotericina B y fluconazol hasta el día 42. Consolidación con Itraconazol.

Debilidad adquirida del crítico.

Inicialmente luego de suspendida SAC responde órdenes, tranquila, impresionada lúcida. Luego del día 30-35 peoría neurológica, responde órdenes pero con tendencia al sueño, impresionada mayor paresia a izquierda.

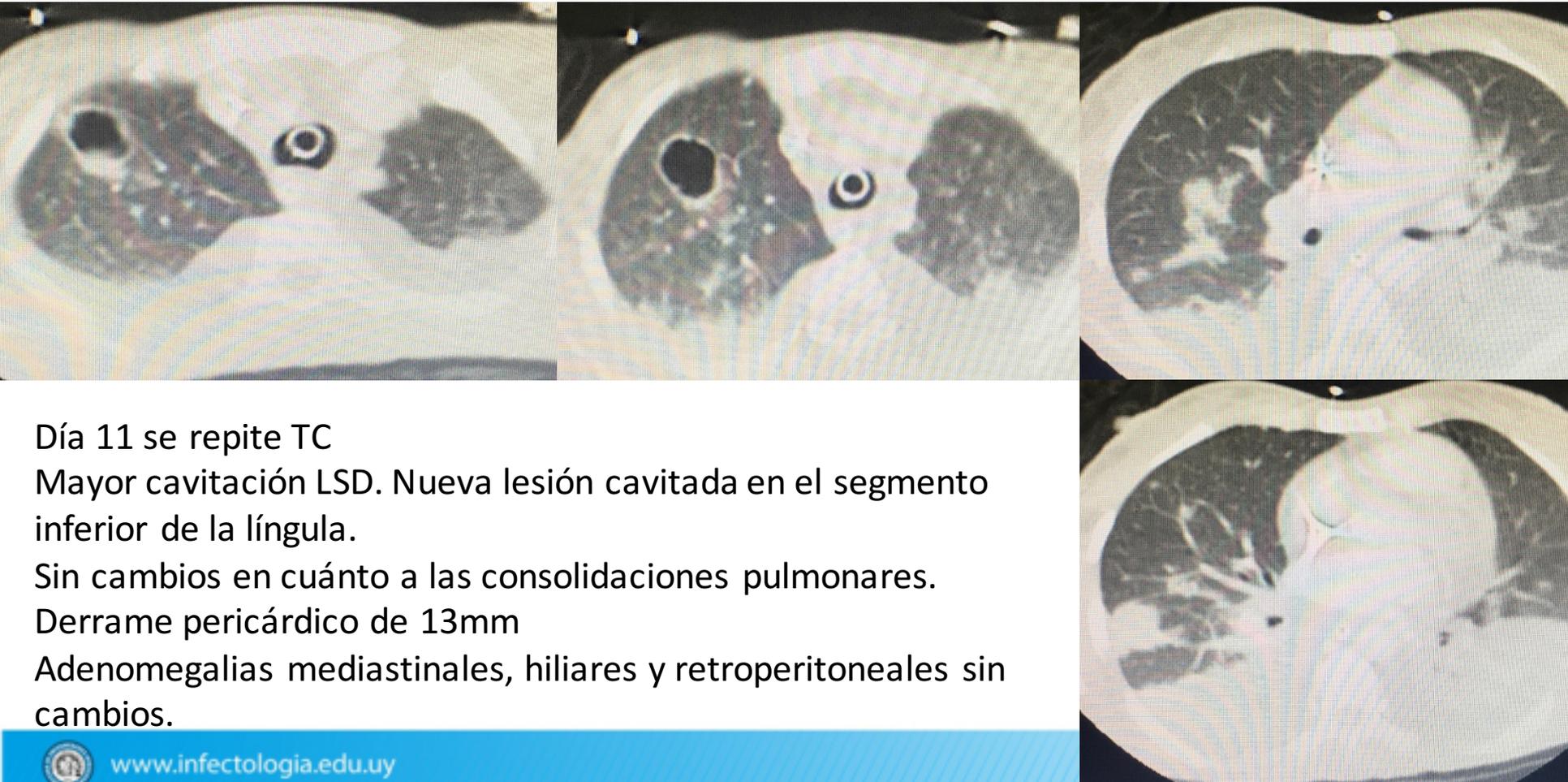
Se solicita CV CMV y RM



Evolución respiratoria

PAFI en el entorno de 200-300 pero con altos requerimientos de soporte respiratorio. No se logra avanzar en desvinculación.

Traqueobronquitis asociada a la ventilación por *E. coli* sensible a ceftazidime.



Día 11 se repite TC

Mayor cavitación LSD. Nueva lesión cavitada en el segmento inferior de la llingula.

Sin cambios en cuánto a las consolidaciones pulmonares.

Derrame pericárdico de 13mm

Adenomegalias mediastinales, hiliares y retroperitoneales sin cambios.



Evolución general

Hematológico:

Pancitopenia. Plaquetopenia severa. Nadir 8500 con sangrados graves y altos requerimientos transfusionales. Mejora hasta 40000

Renal:

TRR los primeros 15 días.

Piel:

Lenta y progresiva mejoría de las lesiones de piel (foto al día 30 de AMB)

Digestivo: Inicia diarrea.

Toxinas de *Clostridium difficile* negativas. GDH negativa. Coprocultivo y coproparasitario sin desarrollo. Mejora en la evolución pero reinstala día 40 aprox.



Evolución general

Día 29 ETT con **derrame pericárdico** severo con signos ecográficos de repercusión hemodinámica. Se realiza pericardiocentesis ecoguiada.



Líquido hemático
Proteínas 33.6 g/l
Glucosa 0.95 g/l
LDH 259 U/l
Glóbulos rojos con escasos PMN
Bacteriológico sin desarrollo
Directo CHLA negativo.
Cultivo CHLA negativo

Día 32

Se recibe LBA con desarrollo de ***Micobacterium avium***
Hemocultivos de CHLA desarrollan ***Micobacterium avium***

Se inicia Claritromicina + Etambutol + Ciprofloxacina.

Aumento progresivo de plaquetas hasta 100000 con el inicio del tratamiento.



Evoluciona mal, con picos febriles, sin cultivos bacteriológicos positivos
Reproduce derrame pleural y pericárdico.

Día 42 (seis semanas de Anfotericina) se pasa a Itraconazol enteral para consolidación.

Peoría clínica. Acidosis metabólica con hiperlactatemia. Reitera diarrea.

Se solicita CV CMV 365000 copias/ml Log 5.55



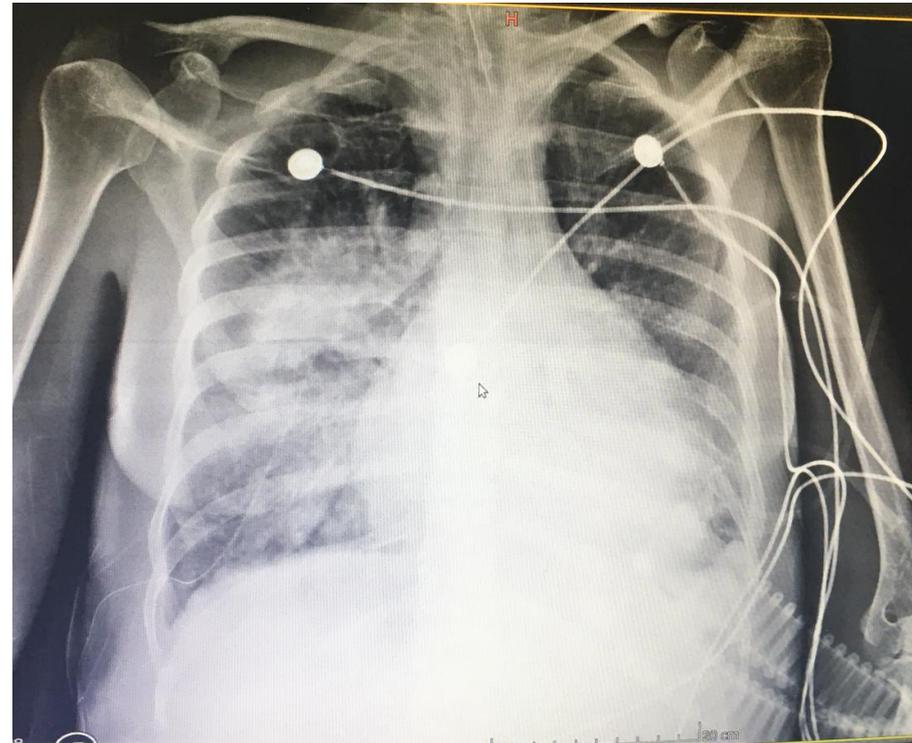
Mala evolución clínica.

Filmarray® Panel Meningitis/Encefalitis:
positivo para CMV y *Cryptococcus neoformans*

RM: extensas lesiones con restricción en
difusión a nivel periventricular frontal y
corticocortical de forma bilateral y difusa,
con contraste realzan en anillo.

Derrame pericárdico de 27 mm.

Día 52 Bradicardia extrema que progresa a
asístole. Fallece.



Diagnóstico Definitivo

34 años

Debut VIH con inmunodepresión severa
DOM. Shock séptico.

Histoplasmosis diseminada

Criptococosis diseminada

Infección diseminada por *Micobacterium avium*

Enfermedad diseminada por CMV

Derrame pericárdico de etiología no aclarada

Otra oportunista?



Aprendizajes

- La presentación grave con DOM y shock séptico puede verse en IFI
- El plan antimicrobiano empírico en situaciones de gravedad debe ser de amplio espectro
- Las coinfecciones pueden ser múltiples en pacientes inmunodeprimidos severos: *Histoplasma capsulatum* / *Cryptococcus neoformans* / *Micobacterium avium* / Citomegalovirus fueron confirmados.
- Mínimas manifestaciones clínicas neurológicas y del LCR al inicio
- Alta sospecha y sistematización en la búsqueda etiológica son fundamentales
- Se necesita reforzar el compromiso para poder ofrecer a las personas estrategias eficaces de prevención, diagnóstico precoz de infección por VIH y TARV oportuno





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2019.

