



CASO CLÍNICO

Sílvia Simó

Clàudia Fortuny,

Hospital Sant Joan de Déu

Octubre de 2017



HOSPITAL MATERNOINFANTIL
UNIVERSITAT DE BARCELONA

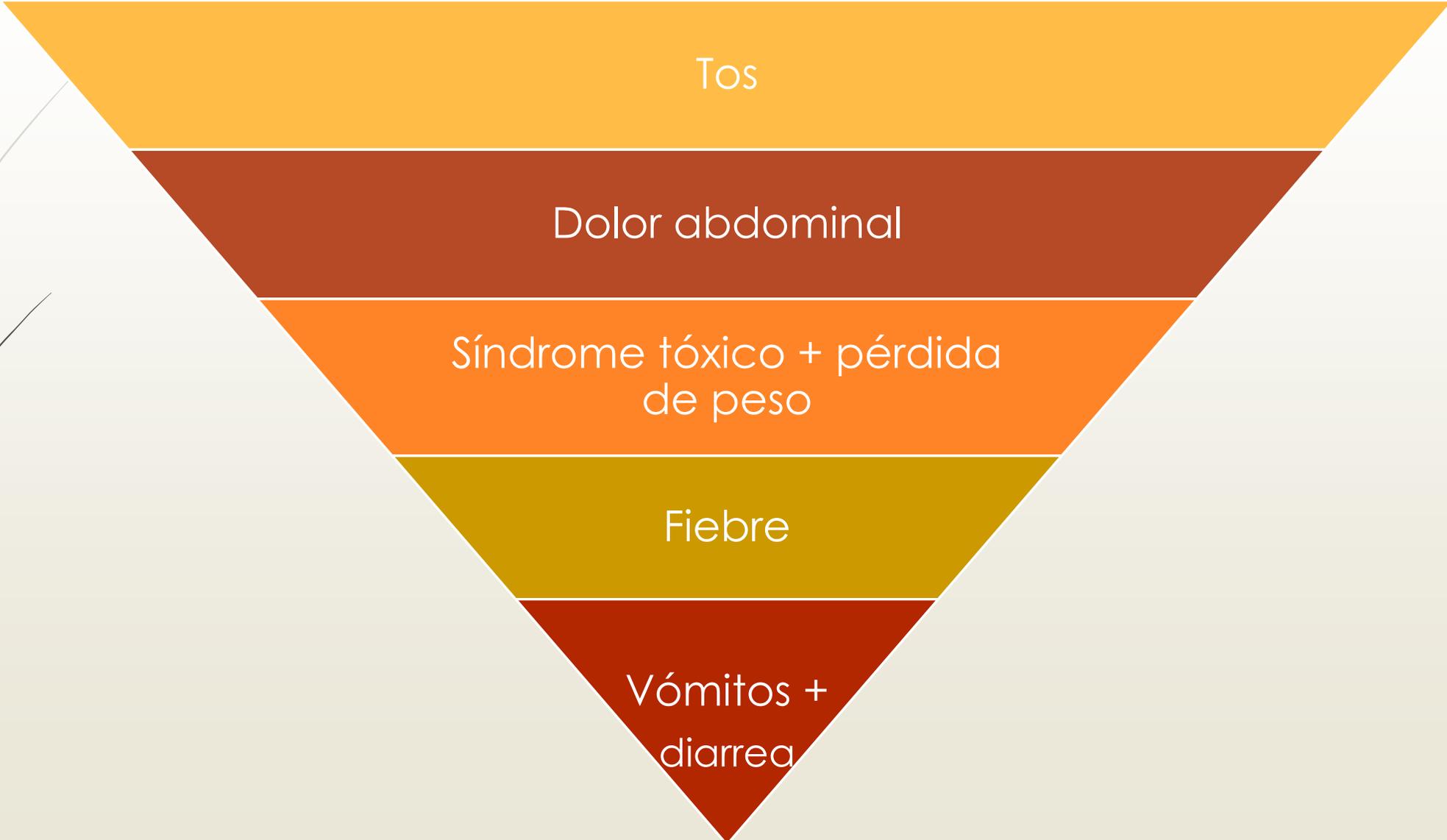


MOTIVO DE CONSULTA

- SERGIO, 16 años
- Cuadro clínico de 2 meses de tos sin predominio horario, que ha cambiado de seca a productiva
- Último mes: astenia, sudoración nocturna, hiporexia y dolor abdominal intermitente periumbilical
- Perdida de 10 kg
- Últimas 2 semanas: fiebre, con pico diario (nocturno) máximo de 39.5°C, vómitos y deposiciones de consistencia más blanda (1/día), sin cambios de coloración ni productos patológicos



MOTIVO DE CONSULTA



Tos

Dolor abdominal

Síndrome tóxico + pérdida
de peso

Fiebre

Vómitos +
diarrea



ANTECEDENTES

- **AP:** Niega patología de base, infecciones a repetición, ingresos previos, IQ ni otros
- No alergias conocidas. Pauta vacunal al día (calendario boliviano)
- Nacido en Bolivia, reside en Barcelona desde hace un año y medio
- Convive con los padres y otros dos hermanos (19 y 4 años), tiene otros dos hermanos en Bolivia



EXPLORACIÓN FÍSICA

Ctes: Peso 45 kg. T^a axilar 36.5 °C.

- ▶ TEP estable. BEG, NC y NH. **Aspecto distrófico.**
- ▶ Signos meníngeos negativos, no focalidades neurológicas
- ▶ AC: normal
- ▶ AR: buena entrada de aire bilateral, con **crepitantes inspiratorios bibasales**, no signos de dificultad respiratoria
- ▶ Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias
- ▶ ORL: normal
- ▶ Piel: No exantemas ni petequias. **Escara BCG en hombro D.** Algunas **lesiones hiperpigmentadas** (cree que cicatriciales)



Aportan informes de EECG realizadas en CAP:

- Rx de tórax (10/06): normal
- PPD (15/06) en CAP: negativo
- A/S (17/06): **PCR 46.6mg/L y ferritina 842 mg/L**

PREGUNTA



¿Qué EECC harías de inicio?

- **A:** Nueva Rx de tórax
- **B:** Calprotectina y parásitos en heces
- **C:** Nueva A/S con hemograma y serologías
- **D:** A y C son ciertas



Al ingreso...

Se decide ingreso para estudio. Al ingreso en nuestro centro (25/06):

- Nueva Rx de tórax: normal
- Nueva A/S: serie roja y plaquetar normales, **leucocitos 5000/mm³** (N 4400, L 400, M 200), **PCR 87,5 mg/L**, **Ferritina 913,2 mg/L** i **VSG 35 mm**.
Función renal, pancreática y hepática normales. LDH 422UI/L



Al ingreso...

Al ingreso en nuestro centro (25/06):

► Serologías:

- AgVHBs -, Ac VHC -, VHA IgG + y IgM -
- Ac anti-VIH-1 +
- CMV: IgG +, IgM-, carga viral -
- VEB: IgG +, IgM -
- Mycoplasma IgG + e IgM +

PREGUNTA



¿Qué más preguntaríais como antecedentes?

- **A:** Hábitos tóxicos
- **B:** Antecedentes maternos y gestacionales
- **C:** Relaciones sexuales
- **D:** Todas son ciertas



ANTECEDENTES

- Niega hábitos tóxicos
- Madre sin antecedentes de interés, embarazo controlado, curso normal, serologías negativas
- No contacto con enfermos de TBC
- Activo sexualmente desde hace unos 2 años, refiere contactos de riesgo en Bolivia. No pareja estable.



PREGUNTA



¿Qué EECC realizaríais para completar el estudio?

➡ ...



1º ingreso (25/06 – 10/07)

- Se completa estudio:
 - **Confirmación** de infección VIH con técnica Western Blot
 - Fiebre tifoidea Ag H i O NEGATIVOS
 - IgG toxoplasma NEGATIVA
 - IgG anti-chlamydia trachomatis NEGATIVA
 - Ac totales T. pallidum NEGATIVOS
 - PPD, Quantiferón NEGATIVOS, Tinción ZN de esputos NEGATIVAS
 - TC cerebro NORMAL, valoración OFT NORMAL

1º ingreso (25/06 – 10/07)

➤ Se completa estudio:

- Ecocardiograma NORMAL
- Ecografía abdominal NORMAL
- Padres serología VIH ambos NEGATIVA (confirma transmisión horizontal)
- Control AS una vez confirmada infección por VIH: inmunosupresión grave (**4%CD4, 24/mm³**). **Carga viral-VIH: 165.000 cop/mL. HLA-FG*B5701 negativo.** Se cursa estudio de resistencias.

PREGUNTA



¿Cual es el estadio CDC del paciente?

- **A:** B3
- **B:** C3
- **C:** C2
- **D:** A3

Estadíaaje

Categoría inmunológica	Categorías clínicas		
	A	B	C
Corteo de linfocitos T CD4 +	Infección asintomática o infección aguda	Infección sintomática no A ni C	Infecciones indicadoras de Sida
≥500 céls/mm ³	A1	B1	C1
200-499 céls/mm ³	A2	B2	C2
< 200 céls/mm ³	A3	B3	C3

Estadíaaje

A.- Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente

B.- Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:

- Candidiasis orofaríngea o vaginal > 1 mes
- Síndrome diarreico crónico > 1 mes
- Síndrome febril prolongado > 1 mes
- Baja de peso < 10 kg
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes zoster > 1 episodio o > 1 dermatoma
- Listerosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
- Proceso inflamatorio pelviano
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénico idiopático
- Displasia cervical

C.- Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
- Criptococosis meníngea o extrapulmonar
- Toxoplasmosis cerebral
- Enfermedad por micobacterias atípicas
- Retinitis por citomegalovirus (CMV)
- Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
- Encefalopatía por VIH
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiasis crónica > 1 mes
- Isosporosis crónica > 1 mes
- Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas > 1 mes
- Neumonía recurrente
- Bacteremia recurrente por *Salmonella* spp
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
- Cáncer cérvico-uterino invasor
- Síndrome consuntivo



1 er ingreso (25/06 – 10/07)

➤ Tratamiento:

- Ceftriaxona 7 días , claritromicina 14 días, cotrimoxazol a dosis de tratamiento 15 días y corticoides orales
- Se retiran corticoides, cotrimoxazol se pasa a dosis de profilaxis y se inicia profilaxis con valganciclovir
- El 06/07 se inicia tratamiento ARV

TRATAMIENTO ARV

2 inhibidores de retrotranscriptasa análogos de nucleósidos (**ITIAN**) **+**
inhibidor de retrotranscriptasa NO análogo de nucleósidos (**ITINN**) **o**
inhibidor de la proteasa (**IP**)

- Si es el paciente es HLA B5701 negativo, **abacavir** se considera el ITIAN de elección en < 12 años, + lamivudina o emtricitabina
- En >18 años, considerarse **tenofovir** idealmente coformulado
- En >12 años, se incluye **darunavir/ritonavir** 1v/día.
- Se debe realizar una monitorización regular de adherencia y toxicidad con equipos multidisciplinarios



TRATAMIENTO ARV

En nuestro caso se decide:

tenofovir – emtricitabina (*Truvada*®)
y darunavir /ritonavir (*Prezista*®)

+

raltegravir (*Isentress*®)



2º ingreso (28/07 – 13/08)

- Fiebre + pérdida de peso + vómitos incoercibles que obligan a colocar SNG para alimentación
- TAC abdominal y esofagograma (NORMALES)
- Inicio de IBP y retirada de Darunavir/Ritonavir → ceden los vómitos (OD: intolerancia digestiva farmacológica)
- Fibrogastroscoopia (10/08): revela presencia de varias lesiones en pared gástrica nodulares y de coloración rojo-violácea



PREGUNTA



¿Qué diagnóstico sugieren los hallazgos de la FGS?

- **A:** Esofagitis por ARV
- **B:** Varices gástricas por HTP
- **C:** Sarcoma de Kaposi
- **D:** Linfoma gástrico

PREGUNTA



¿Cuál es el agente etiológico del S. Kaposi?

- **A:** Virus del VIH
- **B:** VHH6
- **C:** VHH8
- **D:** Se desconoce

PREGUNTA



¿Cuál es el tratamiento S. Kaposi?

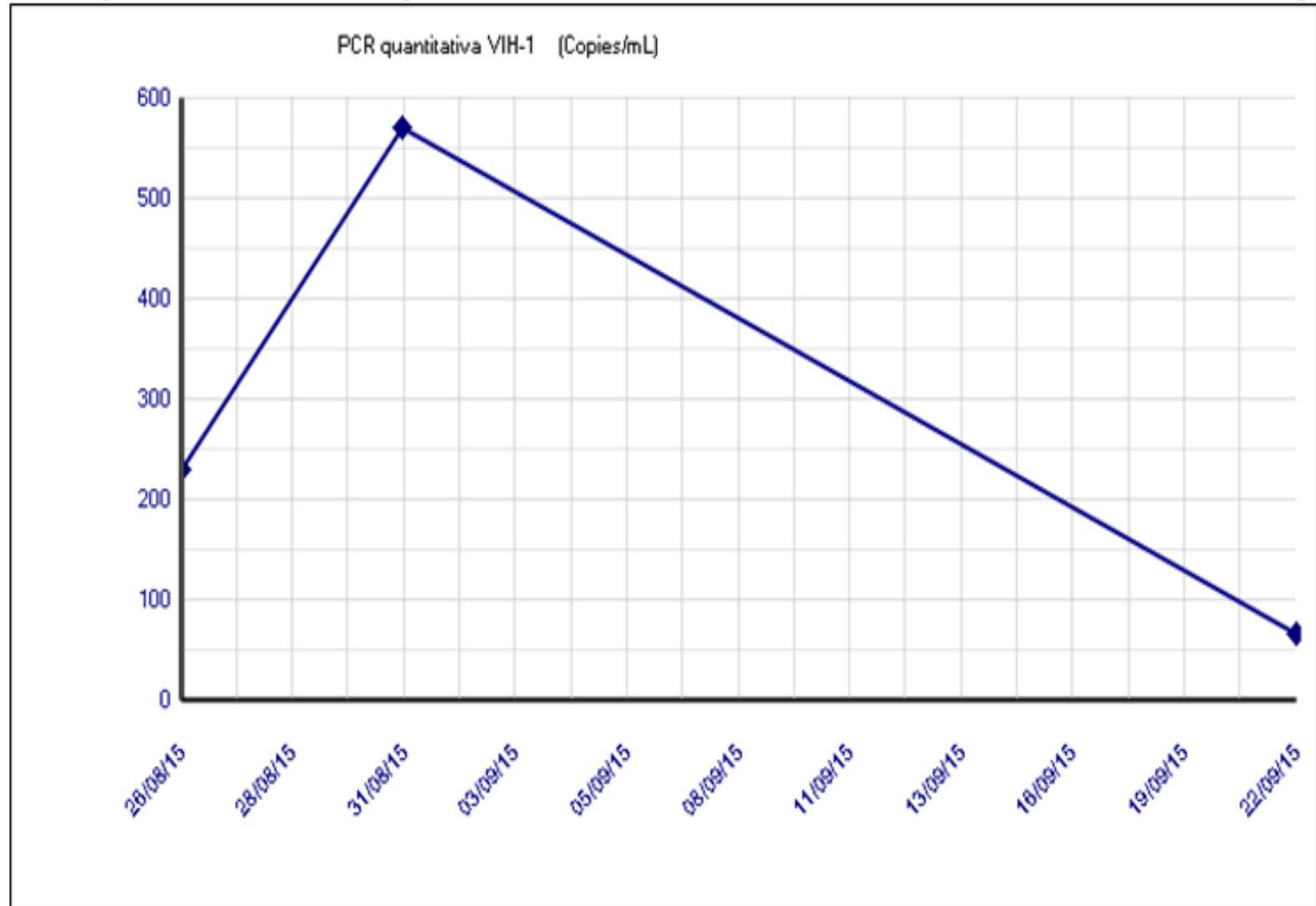
- **A:** Quimioterapia + radioterapia
- **B:** Cirugía
- **C:** No existe ninguno
- **D:** El propio tratamiento antirretroviral



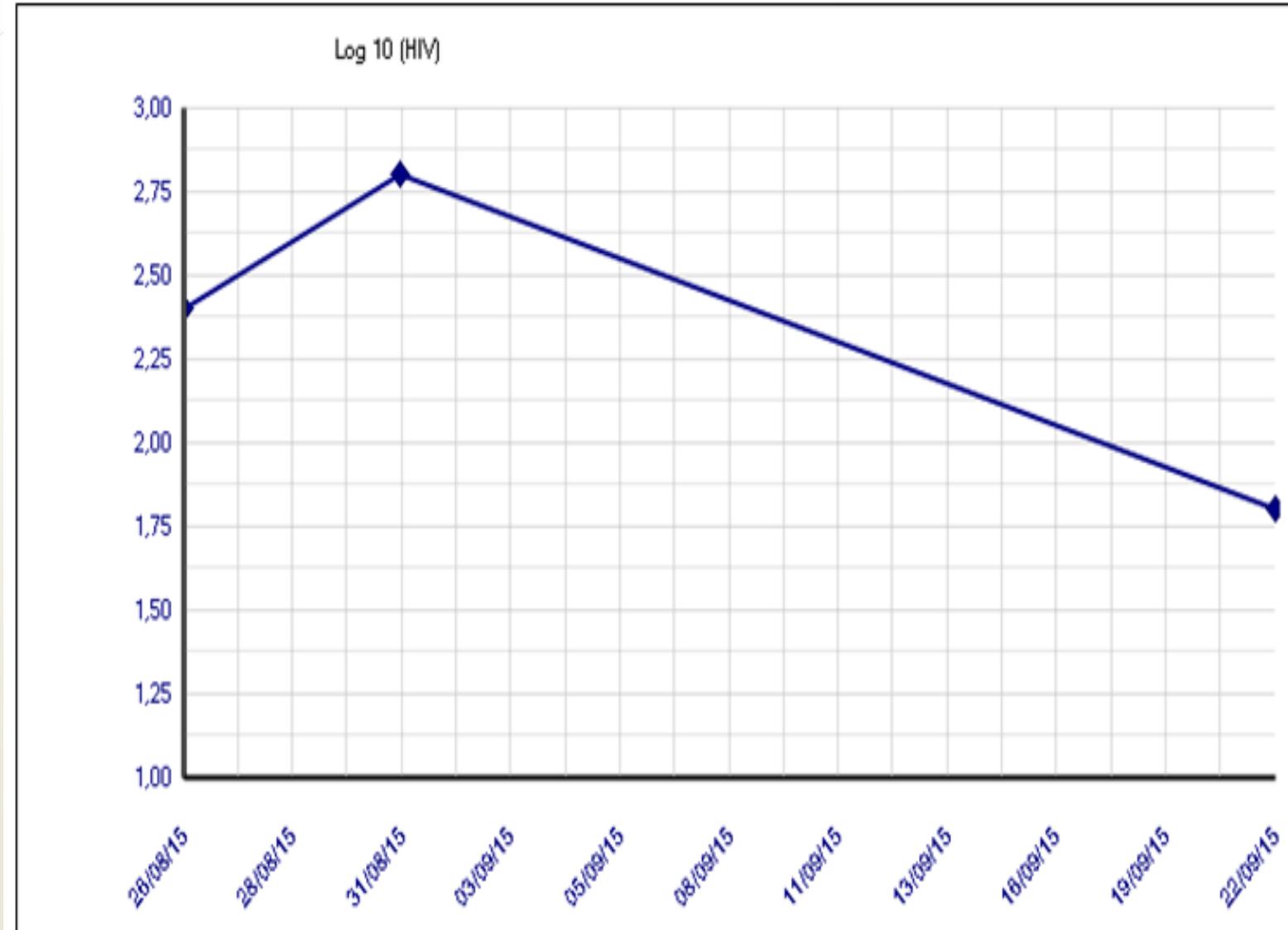
3º ingreso (28/08 – 04/09)

- Fiebre + clínica respiratoria + vómitos
- Rx tórax: Normal
- Tto con ceftriaxona y valganciclovir
- Se **confirma infección por VHH8** (PCR en Bx gástrica)
- Estudio MO: descarta proceso infiltrativo
- Cede la fiebre tras inicio de inmunoglobulinas EV
- Inicio pentamidina como profilaxis para *Pneumocystis*

Carga viral (PCR quantitativa VIH-1)

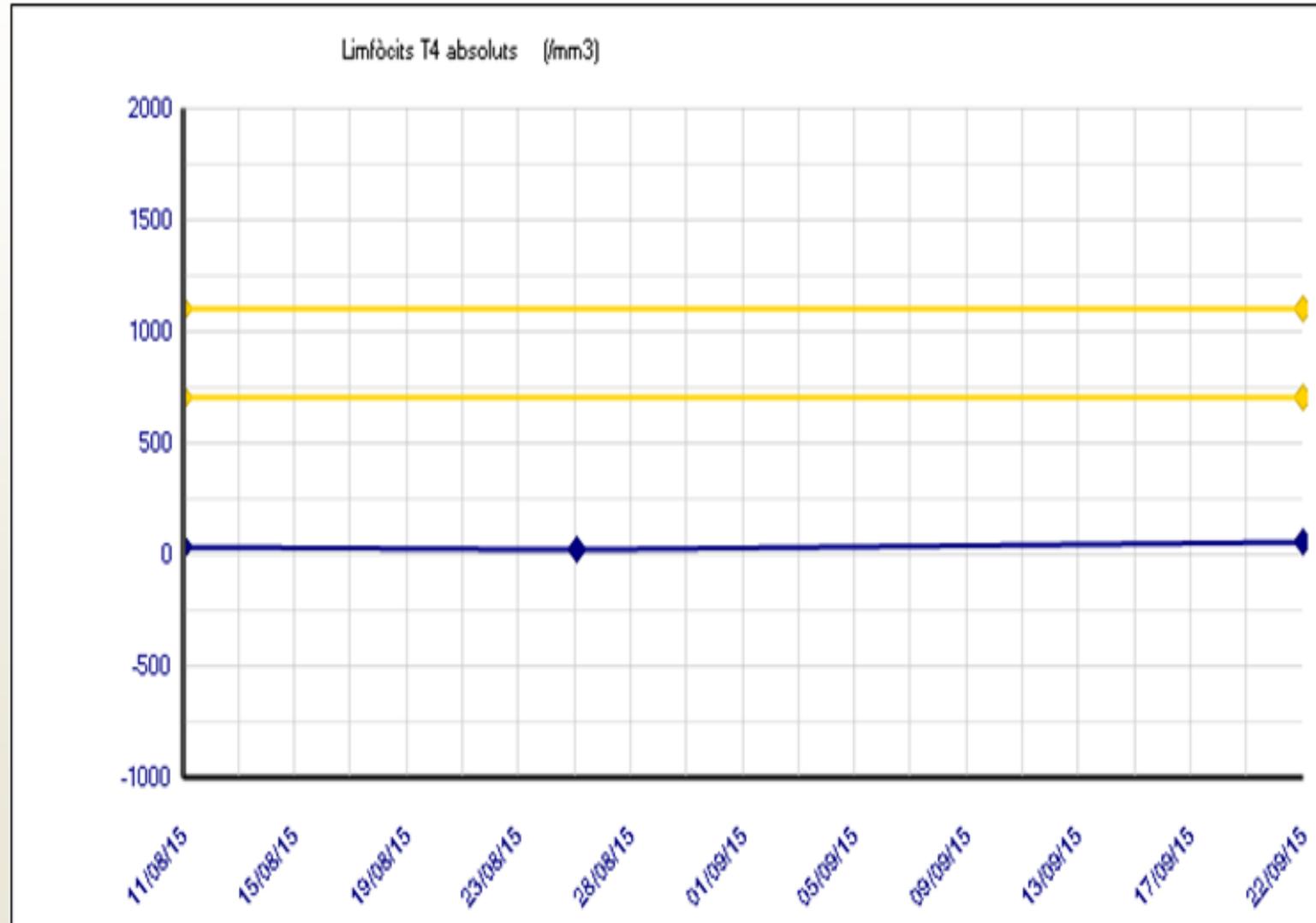


Carga viral (Log10 VIH)



1,8

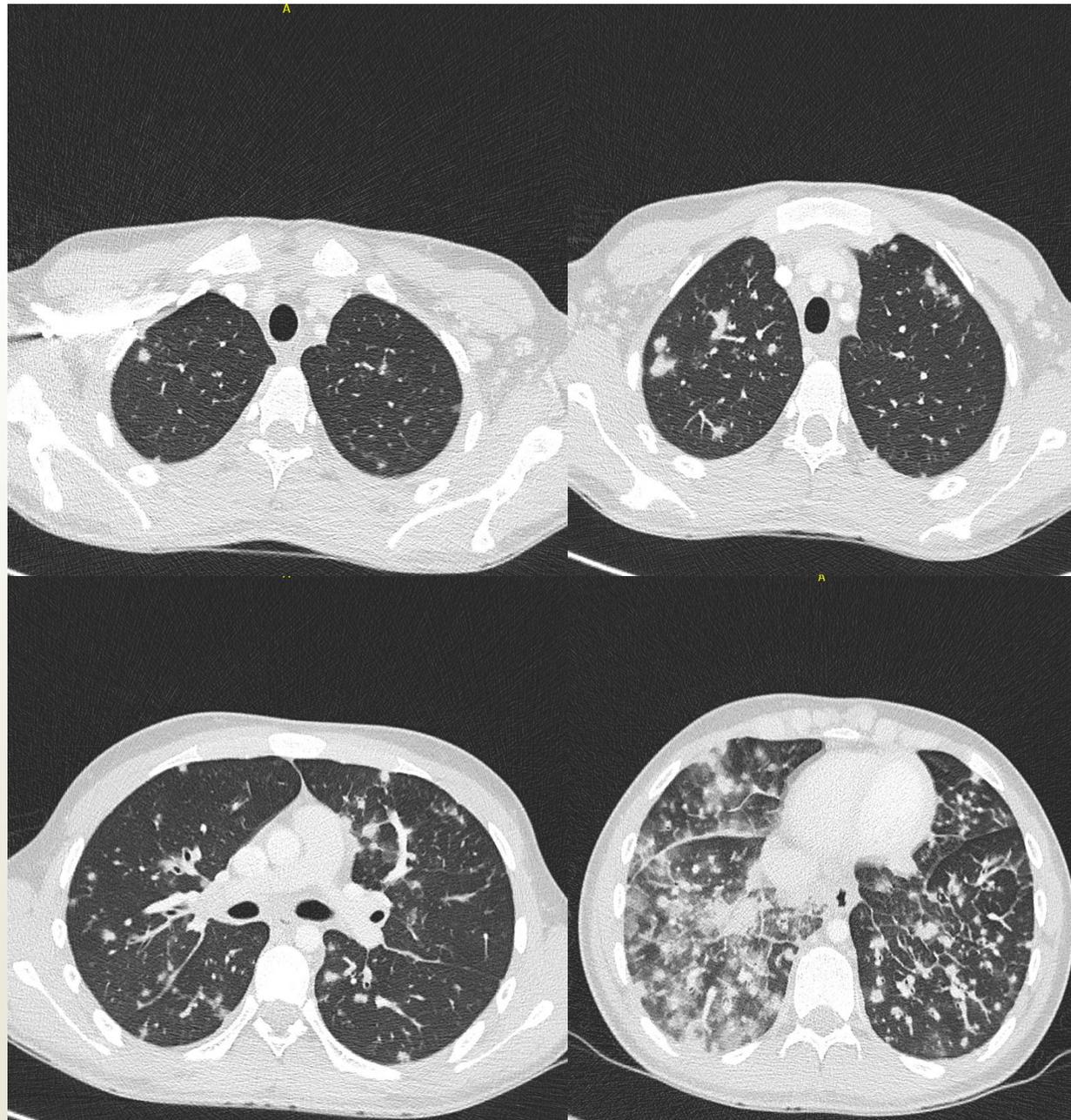
CD4 totales (/mm³)





3º ingreso (nobiembre 2015)

- Hemoptisis + tos seca de 1 semana. Afebril, sin dificultad respiratoria.
- Claritromicina + cotrimoxazol EV+ corticoterapia EV.
- TC de tórax...





3º ingreso (noviembre 2015)

- TC de tórax: radiológicamente podría corresponder a lesiones por *P. jiroveci*, *Aspergillus* pero también por S. Kaposi.
- Lavado broncoalveolar: lesiones ovaladas rojizas bien delimitadas, en mucosa traqueal, sugestivas de afectación traqueobronqueal por sarcoma de Kaposi. PCR para *P. jiroveci* negativa.
- TC de abdomen: nódulos hepáticos, adenopatías patológicas y lesiones líticas en pelvis compatible con **Kaposi diseminado**.
- Inicia **quimioterapia**: doxorrubicina liposomal pegilada
- Durante el ingreso se cambia: Raltegravir+Truvada por TRIUMEQ



Actualmente...

- Sergio presenta una buena evolución clínica, con correcto cumplimiento terapéutico
 - Sigue controles en CCEE de Infecciosas y Psicología de nuestro centro
 - Trasladado a centro de adultos
- 



KEEP CONDOM AND STOP AIDS

Gràcies!

