

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 20, Núm. 2)
(Med fam Andal 2019; 20: 191-192)

Respuestas razonadas

Cuadro respiratorio de un mes de evolución en paciente de origen senegalés

Recibido el 18-06-2019; aceptado para publicación el 25-09-2019

Regata Cuesta C

Microbiología y parasitología clínica (Hospital Clínic i Provincial, Barcelona)

Medicina Familiar y Comunitaria (UdÇ Girona)

Respuestas razonadas

Pregunta A: la respuesta correcta es la 4 (todas son ciertas). El diagnóstico diferencial de un cuadro de disnea, tos seca, fiebre y adenopatías en un paciente inmunocomprometido (primo infección por VIH en paciente procedente de Senegal, área endémica) lo podemos plantear en todos los microorganismos presentados: Pneumocystis jirovecii, Mycobacterium avium complex, Mycobacterium tuberculosis, Cytomegalovirus e Histoplasma capsulatum, que afectan sobre todo a pacientes con una inmunidad comprometida, con CD4 por debajo de 100/microL.

Pregunta B: la respuesta correcta es la 4 (la respuestas 2 y 3 son correctas).

La sintomatología más frecuente en paciente con primoinfección por VIH sería: síntomas constitucionales (fiebre, fatiga, mialgias), adenopatías, odinofagia, rash cutánea, dolor abdominal con náuseas, pérdida de peso, diarrea y/o clínica neurológica. Hemos de descartar VIH en pacientes con esta sintomatología, varones sexualmente activos de edad media y sobretodo en procedentes de áreas geográficas endémicas.

La respuesta número 1 (síndrome miccional) no es un cuadro clínico específico de la primoinfección por HIV. En la mayoría de los casos de varones sexualmente activos de entre 18 y 35 años habría que descartar una prostatitis u otra enfermedad de transmisión sexual (las más frecuentes son por: Chlamydia, Micoplasma hominis. Ureaplasma etc.).

Resolución final del caso

La **orientación diagnóstica** del caso es:

-Infección por VIH.

-Criptococosis pulmonar y bacteriemia por Cryptococcus neoformans (**figura 3**).

La **evolución** posterior fue:

Paciente de 47 años, con los antecedentes ya citados, a destacar VIH positivo, estadio C3. CD4 30. CV 574. Se inicia TAR (Truvada + Rezolsta). Con los siguientes problemas de salud asociados:

-Criptococosis pulmonar y bacteriemia por Cryptococcus neoformans.

Se inició tratamiento con anfotericina B y flucitosina, que se tuvo que retirar a la semana, por empeoramiento de la función renal con creatinina de hasta 3.5, con mejora posterior a la retirada. Se modifica la pauta y se inicia Flucanazol a dosis altas con flucitosina con buena tolerancia (5,6).

Se ha descartado afectación central por neumococo. Se ha mantenido con profilaxis con Septrin.

-Hepatitis colostàsica: Actualmente solucionada, atribuida a causa farmacológica, de entre ellos Darunavir, y posiblemente Septrin, por lo que se ha modificado pauta a Sulfadiacina y Triumeq 50/600/300 (Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina) con buena tolerancia.

-Probable Síndrome de reconstitución inmune: Anemia hemolítica coombs positivo más herpes diseminado (post-inicio tratamiento antirretroviral). Tratamiento con corticoides 1 mgr./kg/día. Con recuperación progresiva de la anemia.

- Infección por VIH estadio C3. CD4 30. CV 574. Posteriormente se cambió a tratamiento con Triumeq 50/600/300 (Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina), y ha sido bien tolerado.

Discusión

La primoinfección por VIH en pacientes subsaharianos a menudo es abrupta y asocia coinfecciones graves en el momento de consulta. La dificultad de acceso a los servicios sanitarios, o el desconocimiento y tabú de ciertas enfermedades hacen que los pacientes minimicen los síntomas y consulten en un estado avanzado de los mismos.

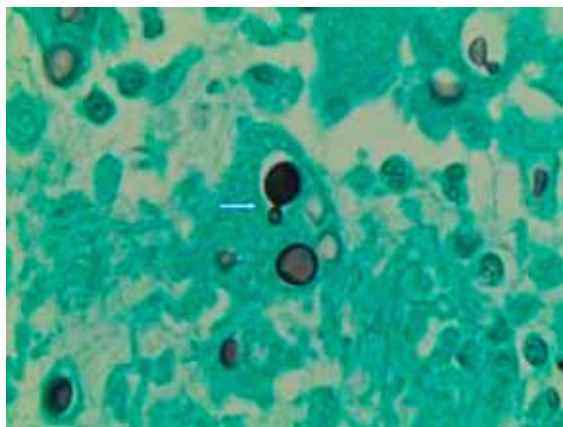
En este caso clínico intentamos describir la complejidad de esta primoinfección e incidir en la coinfecciones que pueden aparecer junto al inicio de los síntomas.

Puntos clave

-Cuadro respiratorio de un mes de evolución en paciente que ha viajado a Senegal

Figura 3. *Cryptococcus neoformans* (microscopía con tinción GMS*)

*The Modified Gomori Methenamine-Silver Nitrate Stain (GMS Stain)



-Neumonía y bacteriemia por *Cryptococcus neoformans*

-Primoinfección por VIH

Referencias bibliográficas

1. Kosack CS. HIV misdiagnosis in sub-Saharan Africa: performance of diagnostic algorithms at six testing sites. *Int AIDS Soc.* 2017;20(1):21419.
2. Ruzagira E. Linkage to HIV care after home-based HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Trop Med Int Health.* 2017;22(7):807-821.
3. Batisai K. Towards an integrated approach to health and medicine in Africa. *SAHARA J.* 2016;13(1):113-22.
4. Koto MV. Difficulties facing healthcare workers in the era of AIDS treatment in Lesotho. *SAHARA J.* 2016;13:53-9.
5. Berenguer J. Executive summary of the GESIDA/National AIDS Plan Consensus Document on antiretroviral therapy in adults infected by the human immunodeficiency virus (updated January 2015). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015; 33(8):544-56.
6. Pedersen C, Lindhardt BO, Jensen BL, et al. Clinical course of primary HIV infection: consequences for subsequent course of infection. *BMJ.* 1989; 299:154.

Dirección para correspondencia:

Cristina Regata Cuesta
E-mail: cregatta@gmail.com