



LPL · Caso 1098733

José María Martínez Ávila. MIR5. Medicina Interna.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Antecedentes

Varón años

n arterial. Hipecolesterolemia

Cardiopatía isquémica_ Angina de esfuerzo en 2008. Lesión severa en DAm se implanta stent famacoactivo, lesion severa en D1. Angina de esfuerzo residual (nuevos episodios en 2009) sin nuevas lesiones. Coronariografía sin cambios respecto al estudio de 2009.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS_

a hace un o (apendicitis aguda flemonosa).

Sinus pilonidal hace os.

a bilateral.



↑
CMV+
↑
valcyte

Pruebas complementarias

Coprocultivos repetidos negativos

Hemograma: Hemoglobina 10.6 g/dl, Plaquetas 97 x1000/ μ l, Leucocitos 2900/ μ l (filar 2100/ μ l, Linfocitos 400/ μ l)

Resultado de biopsia gástrica: se detectan antígeno de CMV

TC torácico abdominal y pélvico: sin masas ni adenopatías. Dilatación

VIH +. Carga viral 1276794 copias CD4 109/ μ l



Diagnóstico

Probable enteritis por CMV en paciente VIH

Evolución

Inicia tratamiento con valganciclovir IV

Mejoría de la diarrea y la fiebre

Solicitud de mantoux y tinción de BAAR

ALTA



Preguntas abiertas

- ¿Se debe iniciar tratamiento antirretroviral?
- ¿En qué momento?
- ¿Qué aspectos hay que tener en cuenta?



Inicio de TAR

Raltegravir + tenofovir + emtricitabina

Recomendaciones GESIDA-2014

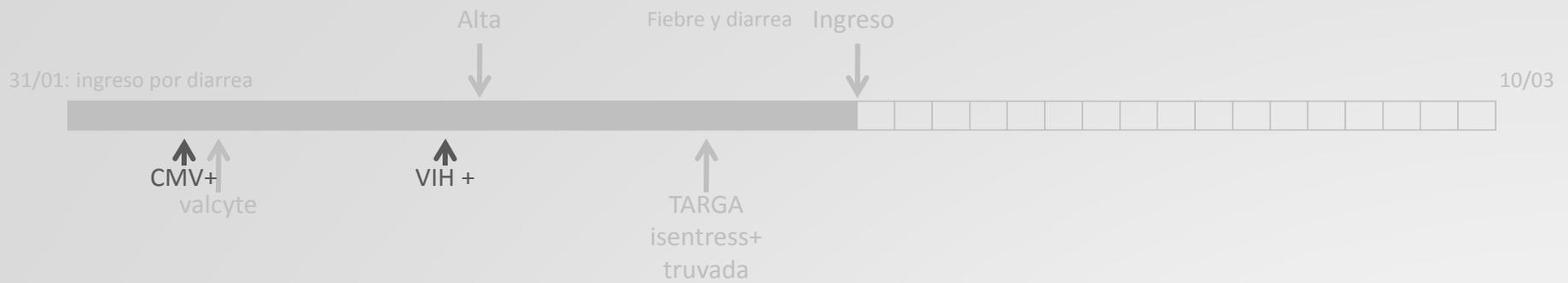
En pacientes con IO se debe iniciar el TAR dentro de los primeros 2-4 semanas del inicio del tratamiento de la infección (A-II).

Ventajas

- Recuperación inmune más rápida
- Resolución de la IO
- Prevenir otras IO
- Reducir mortalidad

Inconvenientes

- Aumenta complejidad del tratamiento
- SIRI
- Aumenta la toxicidad y las interacciones

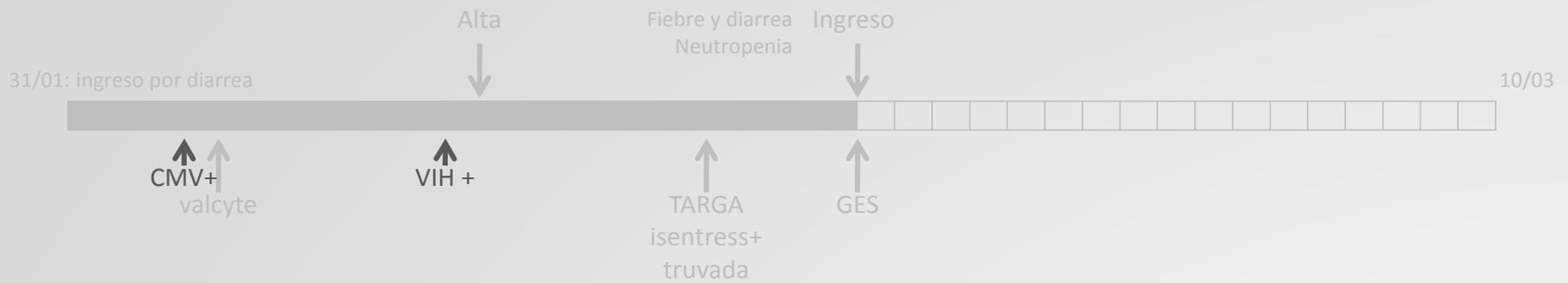


Historia actual

Vuelve a presentar diarrea

Desde dos días antes presenta fiebre hasta 39º y escalofríos

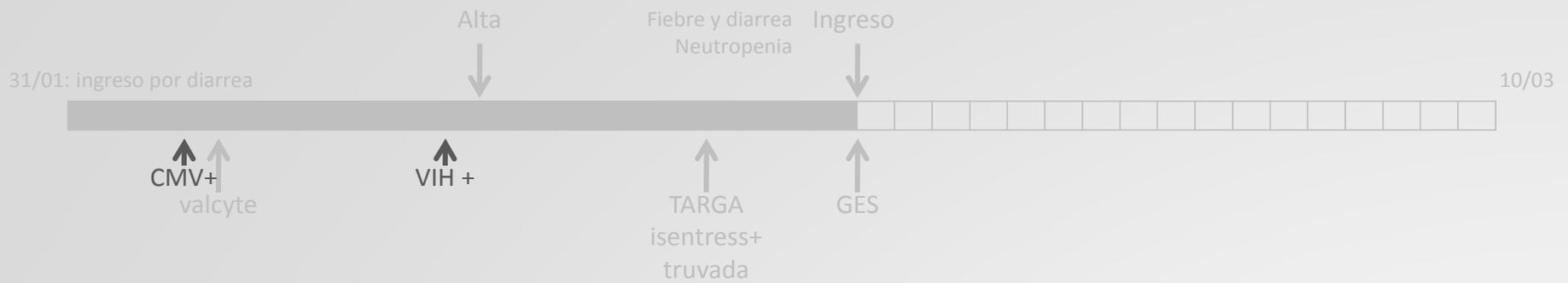
Tos con expectoración escasa



Pruebas complementarias

Hemograma: Hb 8.6 g/dl. Plaquetas 84000 /mm³. Leucocitos 700 /mm³

Se solicitan nuevos coprocultivos con parásitos, extensión de sangre periférica, nuevas serologías, carga viral, micobacterias en esputo, sangre y orina y antígeno de leishmania.



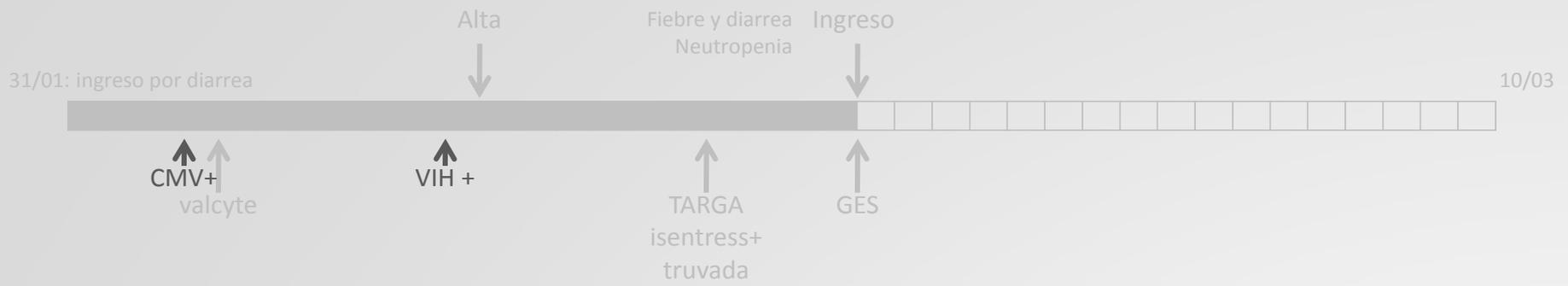
Evolución

Detección de antígeno de influenza A: positivo

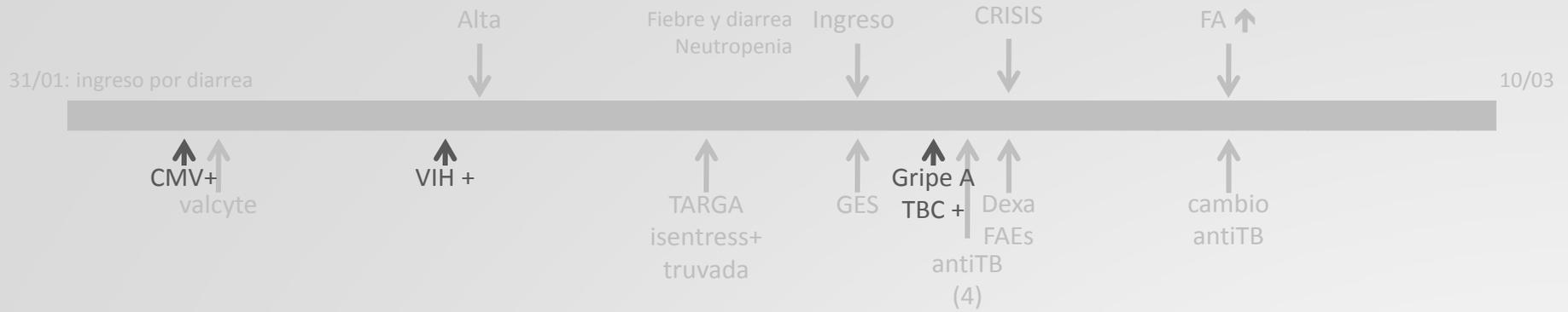
Cultivo de mycobacterias en esputo (8/02/2014) positivo.

Se solicita biopsia de médula ósea (microbiología, estudio citológico)

Se inicia tratamiento con oseltamivir y 4 fármacos antiTB



¿Qué hacemos?



Evolución

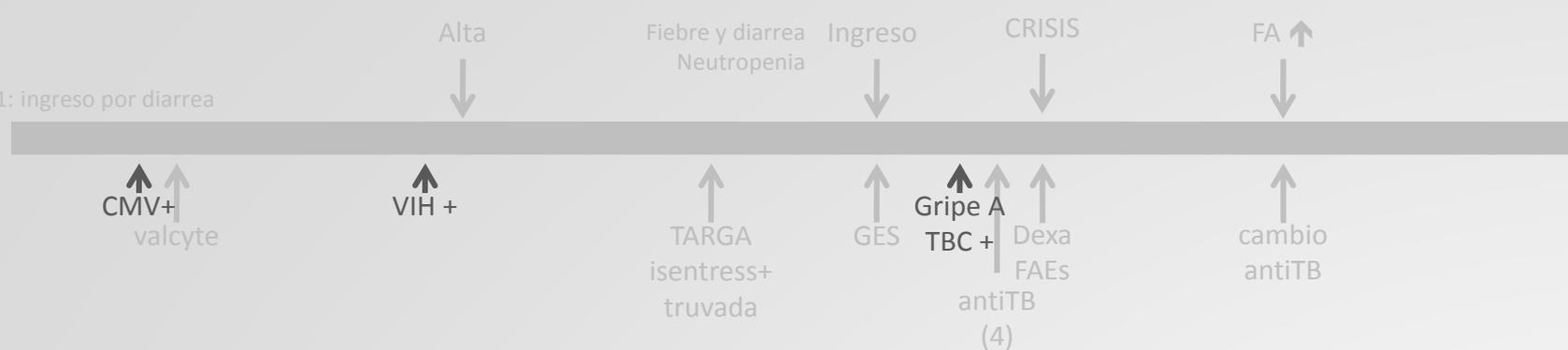
Elevación de fosfatasa alcalina (FA 1359 U/I, GGT 105 U/I, GOT 68 U/I)
 Neutropenia recuperada (se retiran GEs)

Se solicita perfil de metabolismo óseo, serie ósea

Se cambia tratamiento antiTB por etambutol + isoniazida +
 moxifloxacino

31/01: ingreso por diarrea

10/03



Lista de problemas abiertos

Colestasis disociada: farmacológico → etambutol + moxi + isoniazida

Crecimiento de TB en esputo → E+H+R+P

Neutropenia: toxicidad farmacológica → retirada y GES (recuperada)

Fiebre: gripe → oseltamivir

Diarrea (reaparición) → diarrea asociada a neutropenia

Diarrea → enteritis por CMV → valganciclovir (19 días)

Infección VIH → raltegravir + emtricitabina + tenofovir

Fiebre persistente → Síndrome de reconstitución inmune