

Teórico Postgrado de Medicina Intensiva VIH SIDA

2016

Julio Medina, MD, PhD.
Prof. Titular de la Cátedra de Enferm. Infecciosas
Fac. de Medicina, UdeLaR



Caso clínico

Dra. Macarena Vidal
Corrección y supervisión: Dr. Julio Medina



Historia clínica UCI

36 años, sexo femenino, procedente de Rocha

AP: hipotiroidismo en tratamiento
colecistectomizada
pareja serodiscordante (VIH +)

FI: 31/3/10

MI: Neumopatía bilateral grave
respiratoria severa

Insuficiencia



AEA:

- Un mes previo a ingresar : astenia adinamia anorexia y adelgazamiento marcado
- Agrega 10 días antes de ingreso tos mucosa, fiebre diaria y disnea progresiva por lo que consulta en Rocha

- Ingresa a sala general
- Rápida peoría, instala insuficiencia respiratoria severa por lo cual se traslada a UCI

**Se realiza DG de Neumonía bilateral
1º Test de ELISA para VIH +**



Al ingreso:

- Paciente adelgazada, vigil , SCG 15, relleno capilar lento, Saturación de pulso 02 82% con MBF/R
- Piel y mucosas: leucoplasia oral vellosa.
- Ex PP: estertores crepitantes bilaterales en tercios inferiores pulmonares
- De la paraclínica:



Paraclínica al ingreso a UCI

UREA	0.67
CREA	0,66
HB	10,4
GB	2500
LINF TOTAL	500
PTQ	210.000

Na	132
K	3.4
LDH	1740
Antígeno Neumococo en orina	(-)



En Suma: 36 años

Elementos de inmunodepresión severa

Neumopatía sub aguda grave

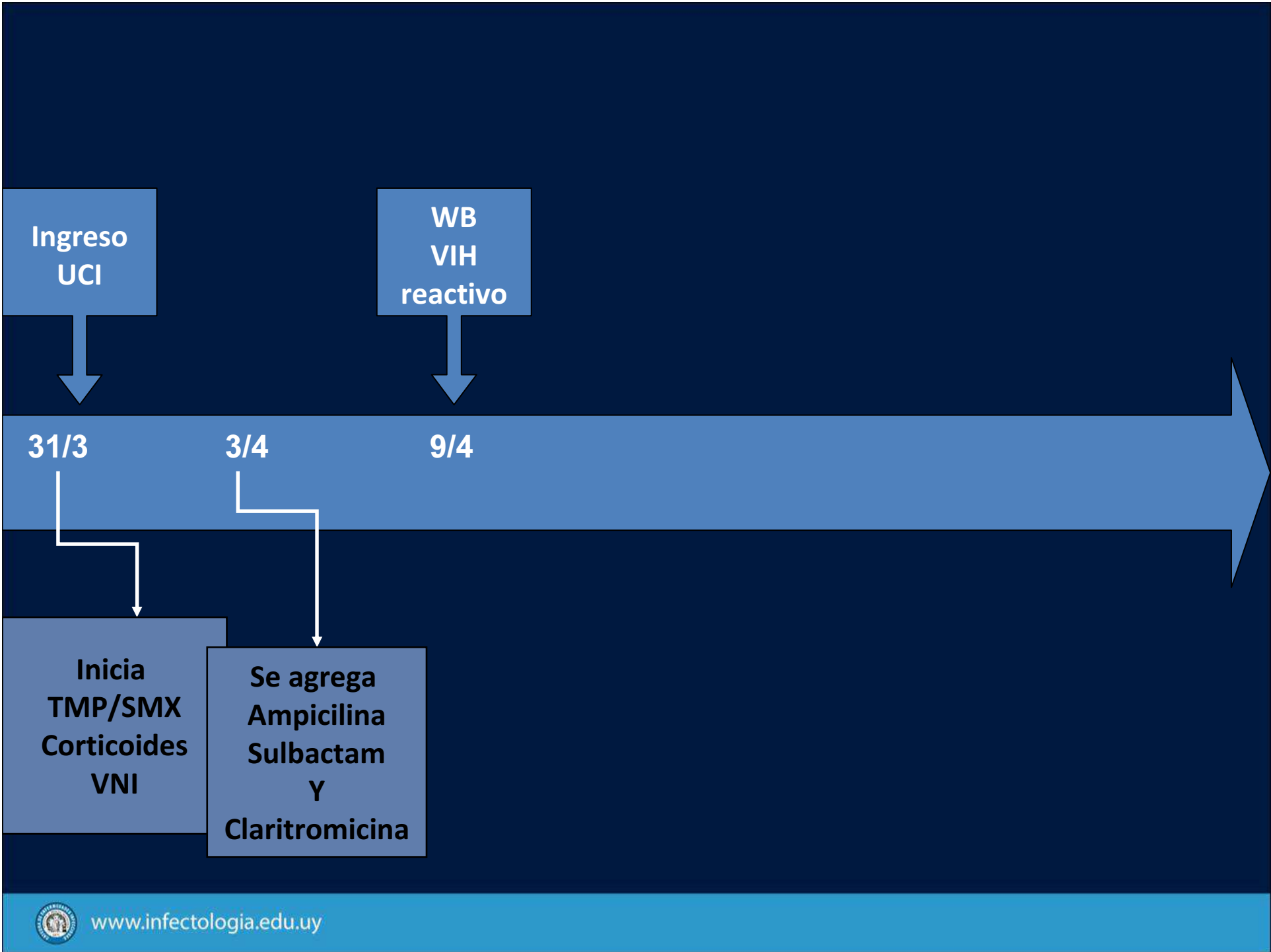
Con insuficiencia respiratoria severa

Elisa reactivo

PLANTEOS DE UCI:

- 1) PCP**
- 2) NAC a inespecíficos**
- 3) Mas alejado TB**





EVOLUCIÓN

- Tórpida con imposibilidad de destete de VM
- Persiste febril
- No se realiza FBC por IR
- 15/04: instala diarrea sin elementos anormales, alta tasa, con disionías
- Agrega shock con requerimiento de inotrópicos
- **20/4: Hemorragia alveolar**
Peoría de Insuficiencia respiratoria
IOT + ARM



VNI
PAFI

185

200

IOT
100

300

450

Ingreso
UCI

Planteos de:
Infección nosocomial (MOMR)
Otras EO: TB, hongos

31/3

Se amplia plan ATB:
MO INESPECIFICOS B
MICOBACTERIAS
HONGOS

K. pneumoniae en
AT 18/4

Inicia
TMP/SMX
Corticoides
VNI

Se agreg
Ampicili
Sulbacta
Y
Claritromi

Meropenem
Anti TB
Anti MAI
Anfotericina B



Evolución II

- *K. pneumoniae* en AT
- FBC 22/4 : IFI negativa para PCP
Baciloscopías negativas
- TC : consolidaciones extensas bilaterales en campos pulmonares resto normal.
- Mejoría del intercambio gaseoso y de estado hemodinámico, defervescencia de la fiebre.
- Persiste con diarrea con alta tasa



Evolución II

6/5: Reitera hemorragia alveolar
Anemia aguda, nuevo deterioro del intercambio gaseoso
Shock
Inotrópicos, volumen, transfusión hematíes

Paciente extremadamente grave

SE MANTIENE CONDUCTA



Evolución III

- Mejoría del intercambio gaseoso, no reitera sangrados, se mantiene en apirexia, sin leucocitosis.
- Persiste con diarrea
- Coprocultivos coproparasitarios negativos
- Toxina para *Clostridium difficile* negativas
- FCC y FGC: no lesiones macroscópicas



14/5

INICIO TARV?

- **Dado el gran deterioro inmunológico en un paciente VIH que ha presentado al menos dos EO, que persiste con diarrea incontrolable con trastornos iónicos Se plantea inicio de TARV como la medida principal efectiva con impacto en sobrevida para control de eventuales EO actuales y futuras**



PLANTEOS ?:

- _CMV**
- _Parásitos intestinales**
- _LNH**
- _Mycobacterias**
- _Enteropatía por VIH**

Se solicita: Fondo de ojo s/p
Se reclama biopsia FGC y FCC

Biopsia duodeno
Microsporidium
y biopsia de
Colon
Cryptosporidium
parvum



Evolución V

- 2/6
- 63 días de UCI
- Nuevamente deterioro oximétrico, FR 38 rpm,
- Ascenso de leucocitosis y fiebre.
- Nuevamente IOT Y ARM

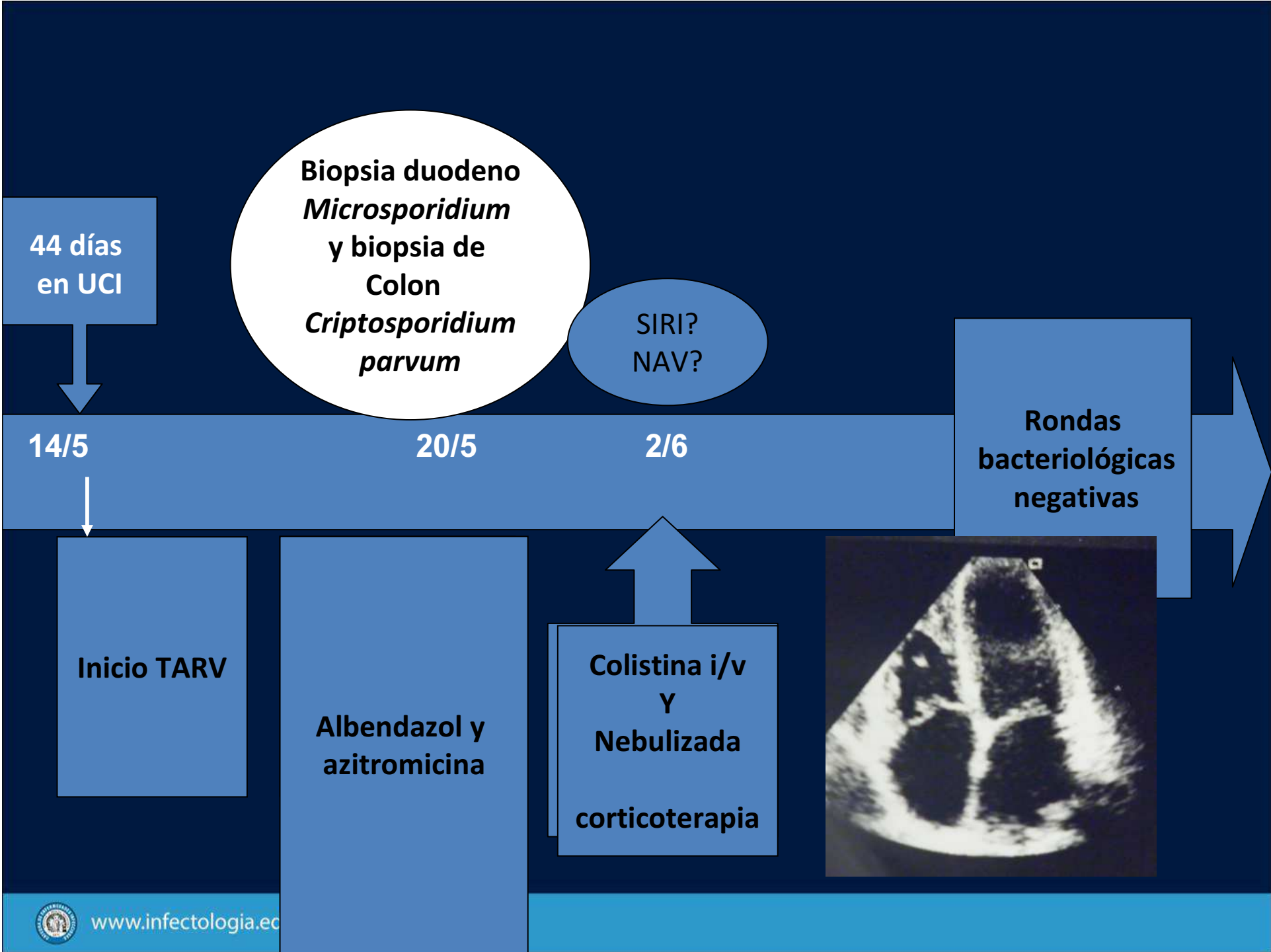
Planteos DG:

¿NAV?

¿SIRI?

**Se inicia colistina
+
corticoterapia**





Evolución VI

- Mejoría
- En apirexia
- Se extuba con buena tolerancia
- Cumple 14 días de tratamiento para NAV
- Mejoría de diarrea.



- Egresada de UCI 30/6 a sala de medicina
- Ingresa SEIC 5/7/10
- Del ingreso paciente mal estado general desnutrición proteico calórico, hipocoloreada
- Úlcera por presión sacra
- **A dos meses de TARV**
- VHC, HVB Y VDRL negativo
Carga viral 307 copias
CD4 362
- Se realiza rehabilitación motora con Fisioterapia
- Paciente con buena evolución se otorga alta a domicilio





Conclusiones

- ✓ Paciente extremadamente grave.
- ✓ Internación prolongada en UCI (90 días)
- ✓ Debut de VIH con severa inmunodepresión y carga viral muy elevada.



Conclusiones

- ✓ Que presentó varias infecciones oportunistas simultaneas o sucesivas (algunas confirmadas)

A Probable neumonía a *Pneumocistis*

Probable asociación lesional con micosis o micobacterias

Diarrea a 
Microsporidium
Criptosporidium parvum



Conclusiones

- B Probable SIRI (Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune) que determinó evolución a la gravedad y re intubación orotraqueal

- C Dos infecciones nosocomiales
Neumonía asociada a ventilador a *Klebsiella spp*
Eventual neumonía a MO multiresistentes



Conclusiones

D Actualmente excelente evolución y del estado general, con carga viral indetectable y con CD4 en ascenso





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2016



¡ Muchas gracias !

jcmedina1@gmail.com

