

ANTE UNA NEUMONIA... ¿DEBEMOS SEGUIR BUSCANDO?

Dra. Patricia Boned Blas

Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

RESUMEN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), son considerados como los principales problemas de salud pública en el mundo. El VIH/SIDA presentan una gran diversidad de complicaciones con considerable morbilidad y mortalidad, una de ellas es la toxoplasmosis cerebral. La toxoplasmosis cerebral es común en pacientes con SIDA, por lo que un diagnóstico temprano tanto de VIH como de toxoplasmosis es indispensable para un tratamiento adecuado y evitar complicaciones mortales¹.

Aproximadamente 20.000 personas en España conviven con el VIH sin saberlo y el 46% de los nuevos diagnósticos son tardíos².

Las Urgencias, a día de hoy, son uno de los principales puntos de acceso al sistema sanitario. Por ello, debemos realizar una serología de VIH, a aquellas personas con sospecha de infecciones de transmisión sexual, síndrome mononucleósico, profilaxis post-exposición, práctica del chemsex, herpes zóster y neumonía adquirida en la comunidad³.

PALABRAS CLAVE

Virus inmunodeficiencia humana (VIH), toxoplasmosis, diagnóstico precoz

ABSTRACT

The human immunodeficiency virus (HIV) and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) are considered the main public health problems in the world. HIV/AIDS presents a wide variety of complications with considerable morbidity and mortality, one of which is cerebral toxoplasmosis. Cerebral toxoplasmosis is common in AIDS patients, so early diagnosis of both HIV and toxoplasmosis is essential for proper treatment and avoid fatal complications

Aproximately 20,000 people in Spain live with HIV without knowing it and 46% of new diagnoses are late.

Emergencies, today, are one of the main points of access to the health system. For this reason, we must carry out an HIV serology, to those people with suspicion of sexually transmitted infections, mononucleosis syndrome, post-exposure prophylaxis, chemsex practice, herpes zoster and community-acquired pneumonie

KEYWORDS

Human immunodeficiency virus (HIV) , toxoplasmosis, early diagnoses

Notas Clínicas

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 38 años sin alergias medicamentosas conocidas, natural de Guinea, residente en España desde hace 12 años donde trabaja como ayudante de carpintería. Como antecedentes personales destaca el haber padecido neumonías de repetición y rinitis crónica. Además había sido intervenido de apendicitis en 2009. Fumador de 10 cigarrillos al día y bebedor ocasional de alcohol.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente con los antecedentes descritos que acude a nuestro servicio de urgencias tras haber sido encontrado en el suelo por pérdida de consciencia.

Entrevista dificultada por la barrera del lenguaje. Al interrogar al paciente refiere haber presentado debilidad, sudoración y sensación distérmica lo que le obligó a colocarse en decúbito. No recuerda pérdida de consciencia, con amnesia posterior del episodio sin poder verificar los hechos.

En el último mes había presentado un cuadro de tos con expectoración amarillo-verdosa acompañada de sensación distérmica no termometrada que había tratado con Paracetamol sin mejoría.

No presentaba dolor torácico ni abdominal. No náuseas ni vómitos. No alteraciones del ritmo deposicional ni productos patológicos en heces, así como tampoco clínica miccional.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente y orientado, con buen estado general. Bien hidratado y coloreado.

Llama la atención la presencia de candidiasis orofaríngea y leucoplasia lingual, así como adenopatías submaxilares derechas.

Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos.

Auscultación pulmonar normal.

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias palpables, presentando peristaltismo conservado.

No se evidenciaron edemas en extremidades inferiores.

A la exploración neurológica el paciente presentaba pares craneales normales, pupilas isocóricas y normorreactivas, sin signos de focalidad neurológica ni disimetrías, la marcha era estable, y no se objetivó pérdida de fuerza ni de sensibilidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Análítica sanguínea sin alteraciones en el hemograma ni en la coagulación, objetivando en la bioquímica cifras elevadas de CK 1166 UI/L y CKMB 31 UI/L.

- Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización.

- Radiografía de tórax se evidenció un proceso consolidativo en lóbulo inferior izquierdo retrocardíaco asociado a engrosamiento peribronquial difuso.

- TC craneal sin contraste IV (Fig 1), donde se apreciaron áreas de hipodensidad en sustancia blanca de región occipital y parietal medial izquierda, sugestivo de área de isquemia subaguda/crónica en el territorio de arterial cerebral posterior izquierda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Síncope

Accidente Isquémico Transitorio

Neumonía

EVOLUCIÓN

Ante los hallazgos observados en la TC se contacta con el servicio de Neurología, consensuándose ingreso hospitalario para completar estudio.

En los días consecutivos se realiza RMN cerebral que resultó sugestiva de Toxoplasmosis cerebral (Fig 2 y 3), sospechándose posible inmunodepresión, y tras una primera serología positiva para VIH el paciente pasó a cargo del servicio de Medicina Interna.

Se realizaron serologías: anti-VHA Ig G positivo, lúes negativo, anti-HBc positivo, Ig G toxoplasma positivo, Ig G CMV positivo, AgHBs negativo, anti HBs negativo, anti HBc positivo, anti VHC negativo. VIH 1 y 2 combo Ag y Ac positivo.

Notas Clínicas

Poblaciones linfocitarias: CD4 60/mm³ (3.34%), CD4/CD8 0.04. Mantoux negativo. Se realizó analítica de control permaneciendo cifras de CK elevadas.

Se instauró tratamiento para neumonía con amoxicilina-clavulánico durante cinco días y para toxoplasmosis cerebral trimetopin/sulfametoxazol 160/800 mg y Clindamicina 600 mg con buena tolerancia y evolución, permaneciendo afebril y sin focalidad neurológica durante todo el ingreso.

DIAGNÓSTICO FINAL

- Toxoplasmosis cerebral probable.
- Infección crónica por VIH con inmunodepresión severa (SIDA).
- Neumonía retrocardiaca.
- Cifras elevadas de CK.
- Candidiasis orofaríngea.

DISCUSIÓN

La primoinfección por VIH ocurre entre la primera y sexta semana tras la exposición al VIH. El cuadro simula un síndrome mononucleósido denominado síndrome retroviral agudo (SRA) caracterizado por fiebre, adenopatías generalizadas, sudoración, mialgias, anorexia, náuseas, diarrea y faringitis no exudativa. Otros síntomas que pueden aparecer con frecuencia son odinofagia, cefalea y fotofobia, así como exantema cutáneo eritematoso o maculopapular.

Algunas de las manifestaciones más frecuentes de la infección por VIH que se pueden encontrar en los servicios de Urgencias son la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, la toxoplasmosis tanto cerebral como retiniana y la retinitis por CMV. Por otra parte son frecuentes las manifestaciones gastrointestinales como la disfagia, las diarreas y la candidiasis orofaríngea⁴.

La reducción del tiempo que transcurre entre la infección y el diagnóstico es una prioridad, dado que el retraso en el diagnóstico tiene consecuencias negativas no sólo para el propio paciente sino también de salud pública⁵.

Por un lado, las personas infectadas por el VIH con un estadio avanzado de inmunosupresión presentan peor respuesta al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y tienen mayor riesgo de presentar SIDA o finalmente muerte. Por otro lado, desde la perspectiva de salud pública, la probabilidad de transmitir la infección por el VIH es mayor cuanto más tiempo permanezca el individuo sin conocer que está infectado al no adoptar comportamientos de menor riesgo.

La infección oculta por el VIH es, por tanto, un problema sanitario que no solo influye en un diagnóstico tardío de la infección, y por tanto en una demora en el inicio del tratamiento, sino que supone un mayor riesgo de transmisión del virus.

Por otra parte, el creciente fenómeno inmigratorio que ha acontecido en las últimas dos décadas en nuestro país ha favorecido la aparición de un grupo social con mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH dado que se trata de un grupo de personas sujetas a marginación escapando así a las estrategias de prevención y control de esta enfermedad⁶.

En toda la Unión Europea se observa una disminución progresiva de los casos de sida desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad, pero esta disminución es significativamente menor entre los inmigrantes. Esto podría deberse a un acceso peor a los sistemas de salud por barreras administrativas, legales, lingüísticas y culturales.

Por tanto, al exponer este caso clínico queremos plantear dos cuestiones importantes en relación con la infección por VIH. Por una parte, la gran relevancia y necesidad del diagnóstico temprano ya desde los servicios de urgencias donde a veces la infección por VIH es la gran olvidada, pasando por alto en muchas ocasiones su diagnóstico de sospecha. Y por otra parte, el problema social de los grupos de pacientes inmigrantes que tienen un menor acceso a la sanidad y que por tanto, constituyen un grupo con mayor riesgo de infección y diagnóstico tardío.

Notas Clínicas



Fig. 1. TAC cerebral sin contraste IV sugestivo de área de isquemia subaguda/crónica en el territorio de arterial cerebral posterior izquierda.

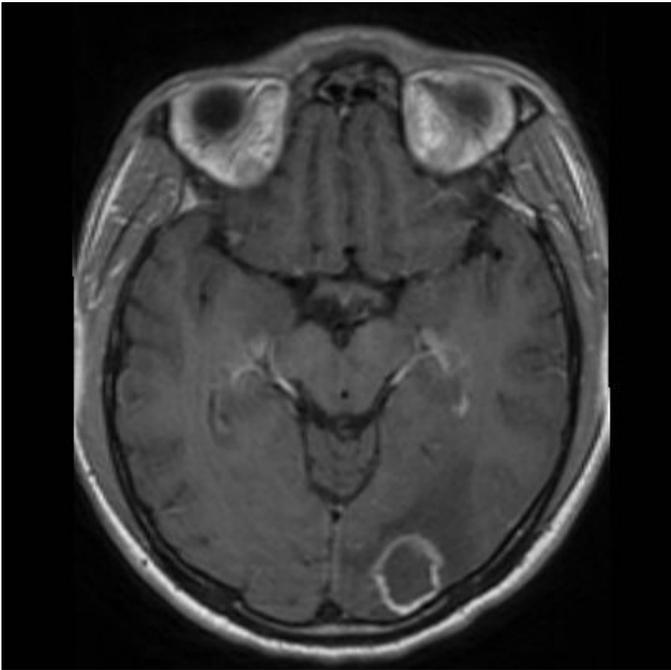


Fig. 2 y 3. RMN cerebral con imágenes anulares sugestivas de toxoplasmosis cerebral.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Kiran T Thakur, Alexandra Boubour, Deanna Saylor, Mitashee Das, David R Bearden, Gretchen L Birbeck. Global HIV neurology: a comprehensive review. AIDS. 2019 Feb 1; 33(2):163-184.
2. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>
3. González del Castillo J, Burillo G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Malchair P, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para su estudio y seguimiento. Emergencias. 2020;32:416-26.
4. González del Castillo C. Papel actual de los servicios de urgencias hospitalarios en la lucha contra la pandemia VIH Emergencias 2021;33:7-8
5. Óscar Miró^{1,2}, Emília Miró², Eric Jorge García-Lamberechts³, Alberto Villamor^{2,4}, Juan González del Castillo³, Detección de pacientes con infección desconocida por VIH en los servicios de urgencias españoles: actitud actual y predisposición y dificultades percibidas para implementar acciones de mejora Emergencias 2021;33:254-264
6. Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Actualización 30 de Junio 2019. (Consultado 14 Noviembre 2020).