



Reunión Internistas Noveis

Sanxenxo 2013

LUIS NOVOA
R3

MEDICINA INTERNA
POVISA

Caso clínico

- Varón de 41 años, politoxicómano, diagnosticado de VIH en 1996, en estadio A3.
- Serología Lúes y toxoplasma negativas. IgG CMV +. Recibió profilaxis un año con Isoniazida por Mantoux positivo.
- Tras buena respuesta al iniciar antirretrovirales en 2009, se pierde en el seguimiento.
- Acude 6 meses previo al ingreso con CD4+ 169/mm³ y carga viral 54900 copias/ml. Se reinicia pauta Atazanavir + Tenofovir + Emtricitabina.

Caso clínico

- Consulta por cuadro subagudo de dos semanas de evolución de cefalea, náuseas y vómitos, sin fiebre.

Ingresa por episodio de convulsión tónico clónica generalizada

- En RM cerebral se objetivan lesiones de características inespecíficas en cuerpo calloso y asta occipital de ventrículo lateral
- En TC de abdomen se observan masas de localización perinefrítica

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades neurológicas en pacientes con infección por VIH:

Infecciones oportunistas	Neoplasias	Infección VIH
Toxoplasmosis	Linfoma primario SNC	Meningitis aséptica
Criptococosis	Linfoma sistémico	Deterioro cognitivo
Tuberculosis	Sarcoma Kaposi	Mielopatía
CMV		Neuropatía periférica
LEMP		Miopatía
Lues		

Diagnóstico diferencial

- De forma razonable, se descartan como probabilidades diagnósticas:

Autoinmunidad

Los antecedentes del paciente y el estudio de autoanticuerpos negativo orientan a otra etiología como responsable del cuadro

Los reactantes de fase se encuentran prácticamente dentro de la normalidad

Diagnóstico diferencial

Causas víricas,

VHS y VVZ

La exploración física **no muestra lesiones cutáneas compatibles**, y las **características del LCR y presencia de lesiones abdominales** no apoyan esta hipótesis diagnóstica.

Característica la afectación de lóbulo temporal en infección por VHS

PCR negativa frente a enterovirus en LCR

CMV: Característica la afectación periventricular.

Fondo de ojo normal

LCR y hallazgos abdominales poco sugestivos

Diagnóstico diferencial

Etiología bacteriana;

Neumococo, Meningococo y H. Influenzae

El cuadro clínico, subagudo, y la exploración física parecen descartar estas entidades como posibilidades diagnósticas

El **estudio microbiológico**, que incluye tinción Gram, antígenos y hemocultivos resultaron **negativos**

Las características del líquido, con pleocitosis de predominio mononuclear van en contra

Serologías de Borrelia y Brucella negativas

Diagnóstico diferencial

Etiología bacteriana;

LISTERIA MONOCYTOGENES

Puede ser causa de meningitis y absceso focal en SNC. El perfil de paciente es compatible con el de nuestro paciente

Aunque las **características del LCR** y los hemocultivos negativos van en contra de esta posibilidad

También es típica la afectación de pares craneales

Y la **RM cerebral** suele mostrar imágenes de lesiones en anillo

Diagnóstico diferencial

Virus JC

Papilomavirus humano, responsable de LEMP

Es una manifestación tardía de la enfermedad, con una evolución clínica prolongada.

Presentan focalidad neurológica múltiple.

RM cerebral: enfermedad desmielinizante confluyente en sustancia blanca

Diagnóstico diferencial

NeuroLúes

Debemos disponer de la serología o aislamiento del *T. pallidum* en LCR para considerar el diagnóstico

Sífilis meníngea: cuadro clínico compatible

No afectación de pares craneales en nuestro paciente. Las características del LCR y hallazgos abdominales no concuerdan

Sífilis meningovascular

Diagnóstico diferencial

Toxoplasmosis

Cursa con clínica de cefalea, fiebre y focalidad (convulsiones, hemiparesia)

Se presenta habitualmente con $CD4^+ < 200$

Si seronegatividad frente a T. Gondii, la [p] de que la LOE se deba a toxoplasmosis es menor del 10%

RM cerebral: lesiones múltiples, con captación en anillo y edema perilesional

Diagnóstico diferencial

Criptococosis

Etiología más frecuente de meningitis en paciente con SIDA

CD4+ 50- 100

Suelen cursar con cuadro de meningitis subaguda, aunque las convulsiones y la focalidad son raras

El perfil de LCR en la criptococosis es muy variable, aunque habitualmente muy diferente al que presenta nuestro paciente

Diagnóstico: Ag criptocócico. Tinta china

Aspergillus

Diagnóstico diferencial

Tuberculosis

Clínica subaguda compatible con la de nuestro paciente, aunque es típica la afectación de pares craneales

Características del LCR muy sugestiva de meningitis tuberculosa

Lesiones abdominales no encajan con los de una tuberculosis

Característicos los tuberculomas cerebrales y realce meníngeo en territorio de arterias perforantes

>50% hallazgos en Rx tórax (lesiones o patrón miliar)

Diagnóstico diferencial

Neoplasias

LINFOMA PRIMARIO DE SNC

Ocurre en fases muy avanzadas de la enfermedad con valores de **CD4+**
<50

La tasa de positividad a **VEB es del 100%**

Además no existe evidencia en estudio radiológico (TC, **RM**) de LOEs
con captación en anillo característica

Diagnóstico diferencial

Neoplasias

LINFOMA SISTÉMICO

Se observa en etapas más precoces de la infección por VIH (mediana de CD4+ en torno a 190)

80% muestra afectación extraganglionar → SNC

20% sufren afectación leptomeníngea

LDH 591 (elevada)

Puede haber afectación abdominal (más característica gastrointestinal)

La exploración física, con **ausencia de adenopatías** y la clínica, **sin evidencia de síntomas B** no apoyan este diagnóstico

LCR compatible? Coinfección por TB o criptococo?

Pruebas complementarias

- Serología VEB
- Tinta china Criptococo
- Citometría de LCR
- Estudio histológico (biopsia) de lesiones abdominales