



## Caso 11: Fiebre sin foco en paciente VIH

*HECTOR MEIJIDE MIGUEZ*

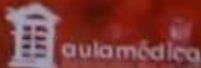
*SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL QUIRON SALUD A CORUÑA*



# INFECCIÓN POR VIH EN GALICIA: A PROPÓSITO DE NUESTROS CASOS CLÍNICOS

## EDITORES:

ANTONIO OCAMPO HERMIDA  
ALEXANDRE PÉREZ GONZÁLEZ



## Caso 11

# Síndrome febril sin foco en paciente con reciente diagnóstico de VIH con presentación tardía

Héctor Meijide Míguez, Íñigo Gredilla Zubiria y Pablo Asensio Hernández  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirónsalud A Coruña.

## Introducción


La aparición del tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) en 1996 ha marcado un cambio de la evolución natural de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), prolongando la supervivencia y disminuyendo la incidencia de procesos infecciosos y no infecciosos asociados al estado de inmunosupresión grave. Sin embargo, la infección por VIH continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. En Europa, se estima que hasta el 30% de las personas infectadas por VIH desconocen su incidencia

diagnóstico) cercana al 10%. En los nuevos casos de infección, la alta prevalencia de co-infección tiene repercusiones que se asocia a mayor morbilidad de la infección al TARGA y mayor riesgo de muerte, menor supervivencia y mayor coste de tratamiento de los costes.

El estado de inmunosupresión conlleva la aparición de procesos infecciosos y no infecciosos clásicamente conocidos como infecciones oportunistas y síndrome febril

## Varón de 47 años que consulta por síndrome general

---

- No AMC.
  - Tabaquismo.
  - Esteatosis hepática
  - Gastritis crónica (EDA reciente)
- 
- No AF interés
  - No tratamientos habituales
  - Vida activa. Ejercicio.
  - Divorciado. Relaciones riesgo



**Astenia, cansancio, disminución de la vitalidad, con pérdida ponderal (> 10 kg) de 6 meses de evolución, a pesar de ingesta adecuada ....**



## Varón de 47 años que consulta por síndrome general

### Biología molecular

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Normalidad
Cuantificación de RNA viral VIH-1		copias VIH/ml	(Inf 20)
	1060000 copias/ml (6.03 log)		
	límite de detección 40 copias/ml		

### Poblaciones linfocitarias

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Normalidad
T4 (CD3/CD4) (V.Abs.)	5.00	cel/ $\mu$ l	
T8 (CD3/CD8)	53.00	%	(13 - 40) *
T8 (CD3/CD8) (V.Abs.)	265.00	cel/ $\mu$ l	
Cociente CD4/CD8	0.02		(1 - 2) **
Linfocitos B (CD19)	2.00	%	(6 - 19)
Linfocitos (CD19)	2.00	%	(6 - 19) *

## Varón de 47 años que consulta por síndrome general

---



**TAC TORACO-ABDOMINAL**  
Sin alteraciones

# VIH, reciente diagnóstico, presentación tardía, con síndrome febril de inicio reciente, sin foco

---

## Anamnesis

- Síndrome febril 5 días evolución
- Vespertina ... sudoración profusa
- Tiritona ... 39°C
- Cuadro catarral vías altas /alergia
- No otra clínica localizadora



- Regular estado general
- Delgado. Talla 178. Peso 69. IMC 22
- HD estable. Tª 36.8°C. Eupneico. O2 98%
- Sin alteraciones semiológicas relevantes

## Exploración física

## VIH, reciente diagnóstico, presentación tardía, con síndrome febril de inicio reciente, sin foco

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

<b>Analisis sangre</b>	
VSG	40 mm/h
PCR	1,1 mg/dl
Procalcitonina	0.02 ng/ml
Proteinograma	Normal
LDH	215 mg/dl
Marcadores tumorales	Negativos
Autoinmunidad	Negativa
<b>Analisis orina / heces</b>	
	Sin alteraciones
<b>Hemocultivos seriados</b>	
	Negativos

## VIH, reciente diagnóstico, presentación tardía, con síndrome febril de inicio reciente, sin foco

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

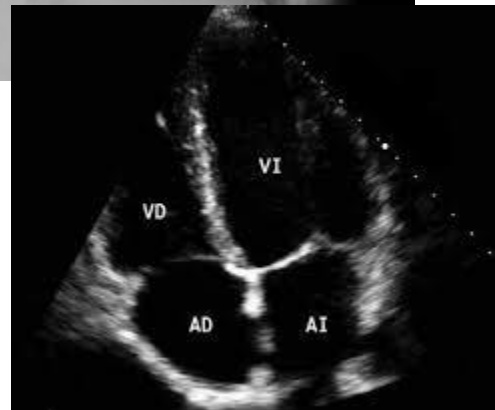
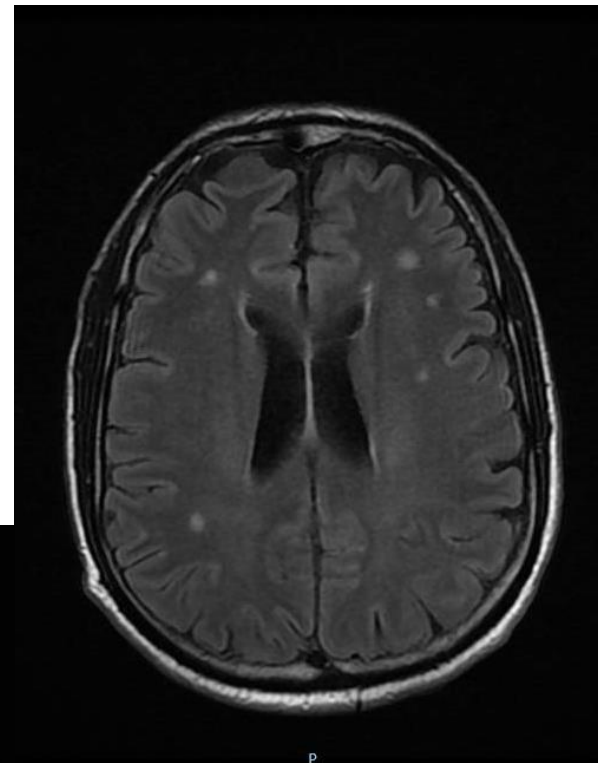
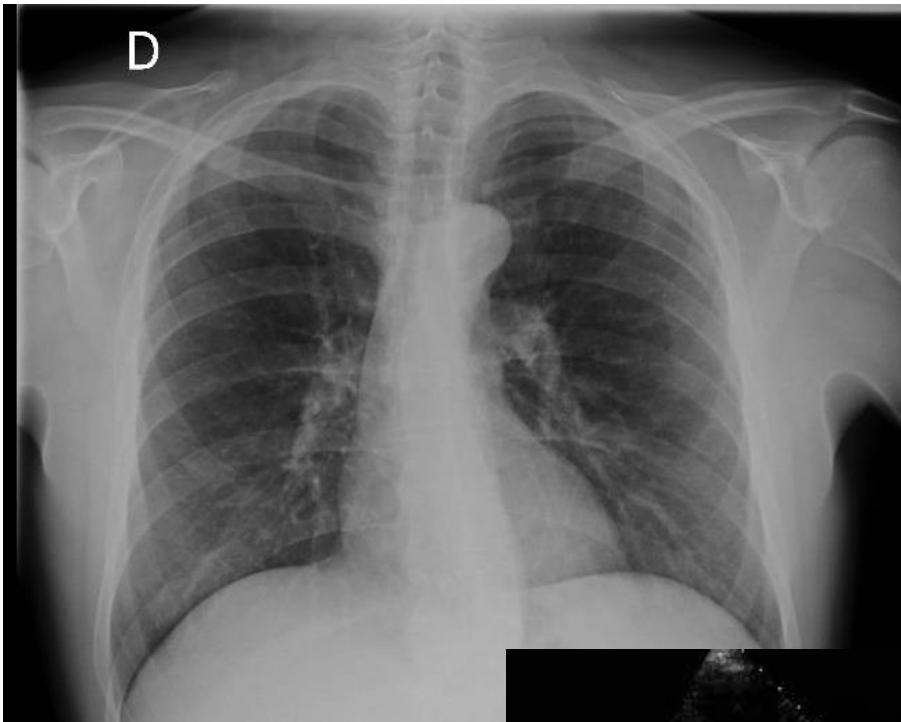
Serologías	
VHA	IgG positiva / IgM negativa
VHB	HBs Ag VHB negativo
VHC	Negativo
Treponema pallidum	Negativo
VEB	IgG positiva / IgM negativa
CMV	IgG positiva / IgM negativa
Toxoplasma gondii	IgG negativa / IgM negativa
Leishmania spp (PCR)	Negativa
LCR	
Recuento celular / ADA	Normal
PCR multiplex / Ag Cripto/ JC/TB	Negativos



# VIH, reciente diagnóstico, presentación tardía, con síndrome febril de inicio reciente, sin foco

---

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



**VIH, reciente diagnóstico, presentación tardía, con síndrome febril de inicio reciente, sin foco**

---

## **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

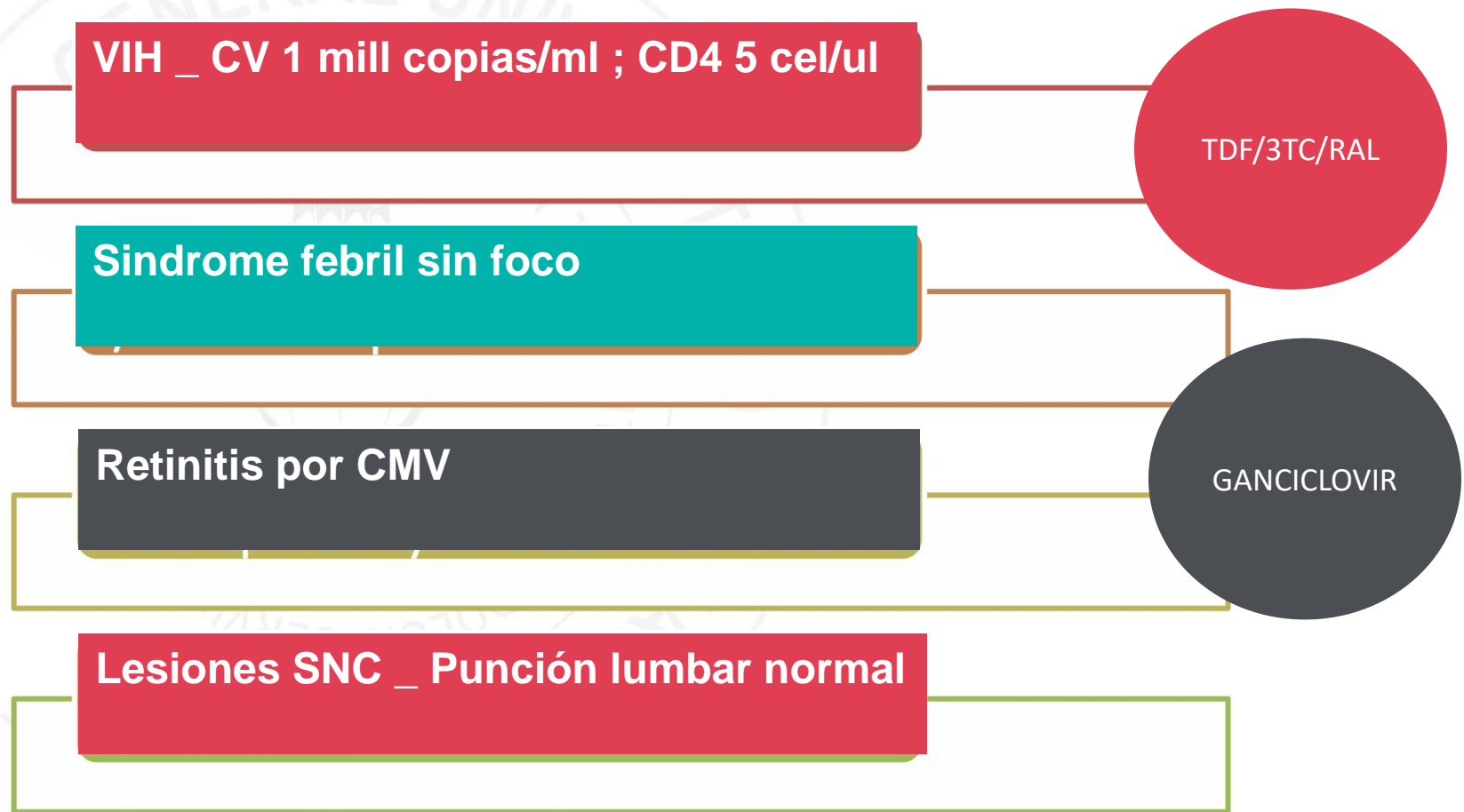


### **Muestra: SANGRE TOTAL EDTA**

Determinación de **Citomegalovirus** mediante PCR cuantitativa

17379.00 copias/ml.

# Recapitulando ....

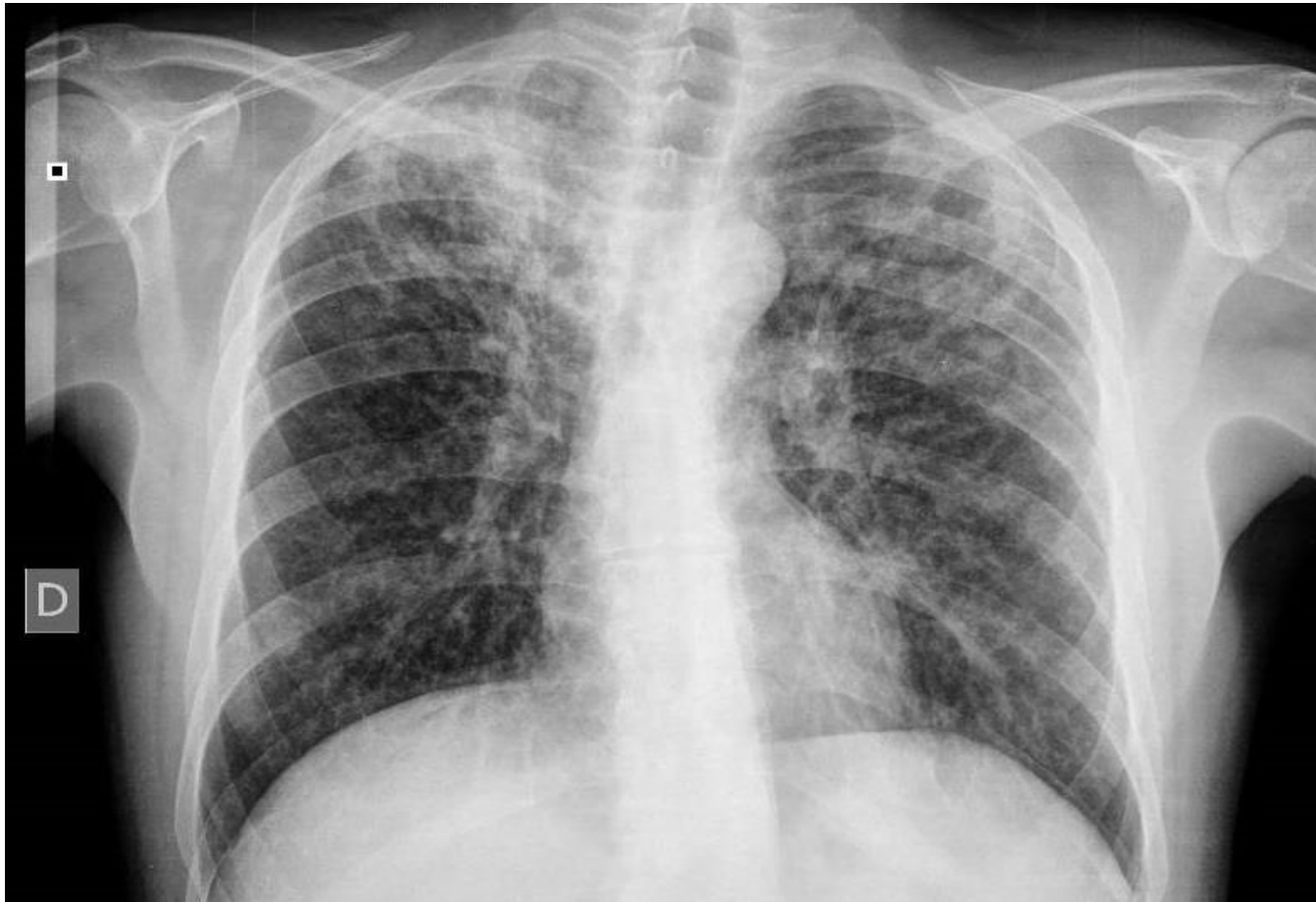


Evolución no satisfactoria .....

**+++ Empeoramiento clínico ...**

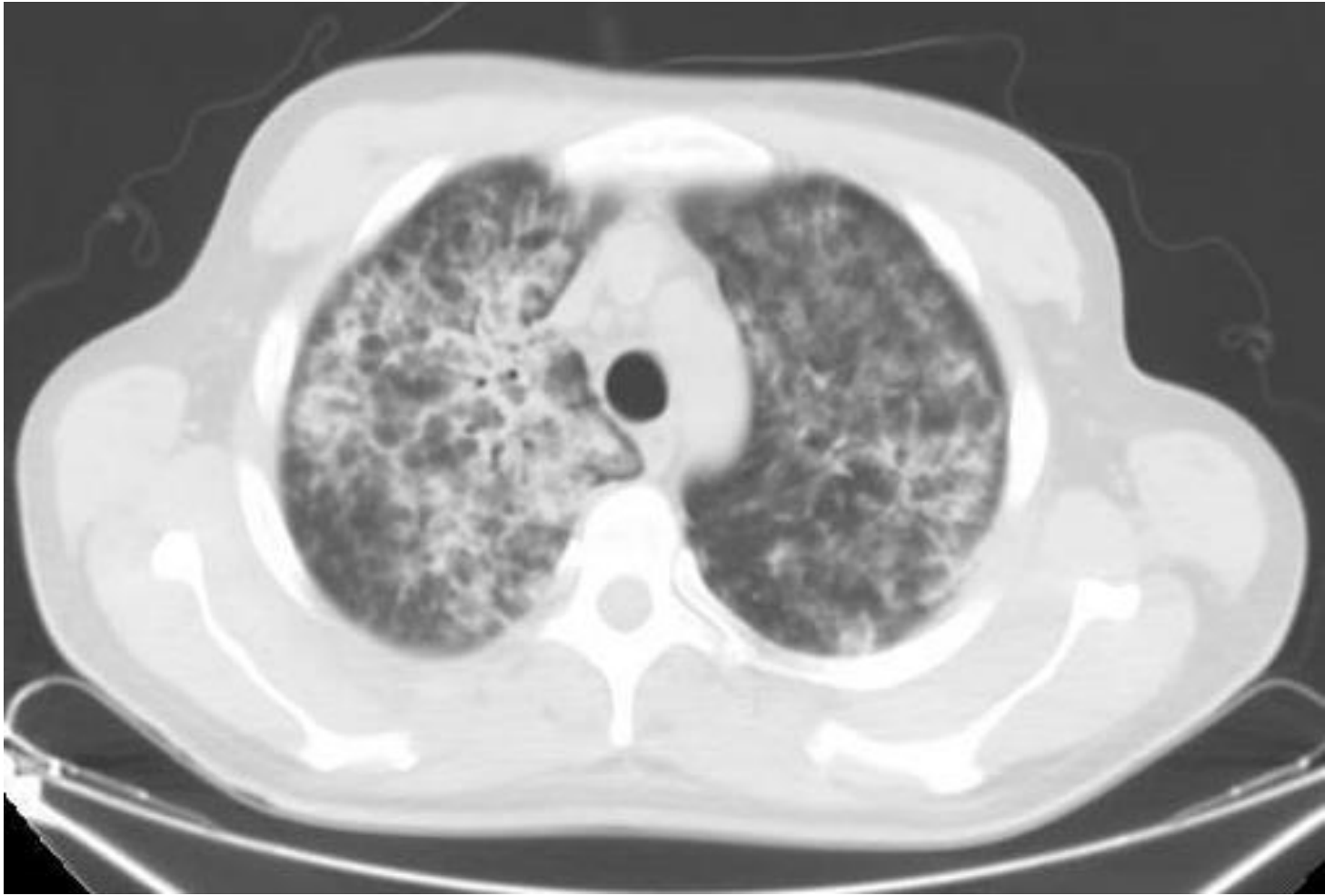


**+++ Empeoramiento clínico y respiratorio ...**





# EVOLUCION CLINICA ... DIA + 17





## Diagnóstico diferencial patología pulmonar VIH:

- 1- **INFECCIOSAS** (bacterias, micobacterias, hongos, virus, parásitos)
- 2- **TUMORALES** ( Kaposi, LNH, Carcinoma ...)
- 3- **OTRAS** ( neumonía linfocítica intersticial, ...)

CD4	Patología más probable
<500 cel/mm	Neumonía bacteriana. TBC
<200 cel/mm	Pneumocystis jirovecii. TBC. Toxoplasma
<100 cel/mm	Sarcoma Kaposi. LNH. TBC.
<50 cel/mm	Micobacterias atípicas. Hongos. CMV

## Microbiología

### Muestra : LBA

Baciloscoopia: tinción de Ziehl-Neelsen (ESPUTO)

No se observan Bacilos Ácido Alcohol Resistentes.

Mycobacterium tuberculosis (PCR) No se detecta

Técnica : Extracción de DNA y amplificación mediante PCR a tiempo real

### Prueba

### Resultado

DNA PNEUMOCYSTIS JIROVECI

POSITIVO

## Discusión del caso y conclusiones

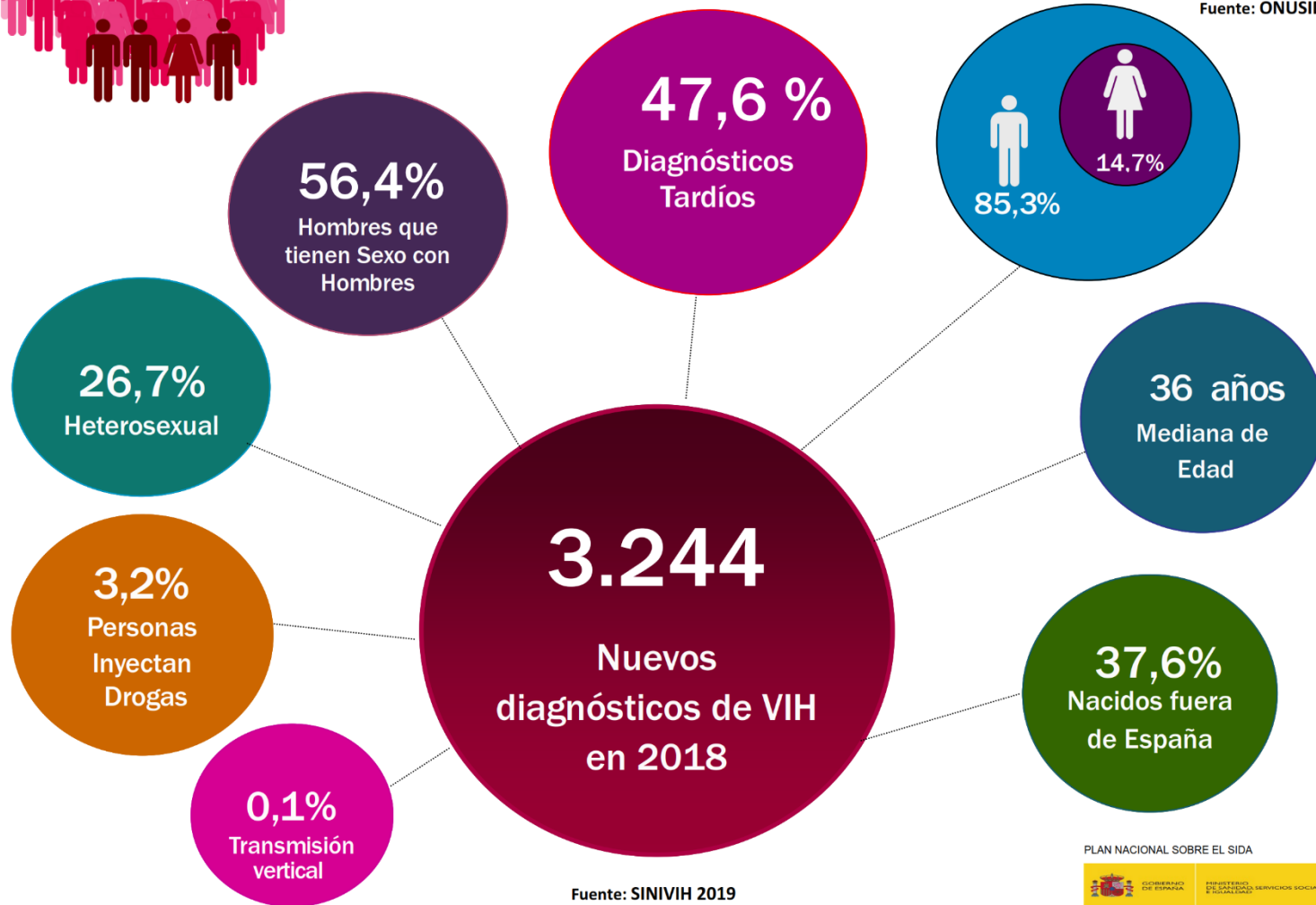
---

# DISCUSION (I)



## Estimación de la prevalencia de personas con el VIH en la población general 0,3%

Fuente: ONUSIDA 2019



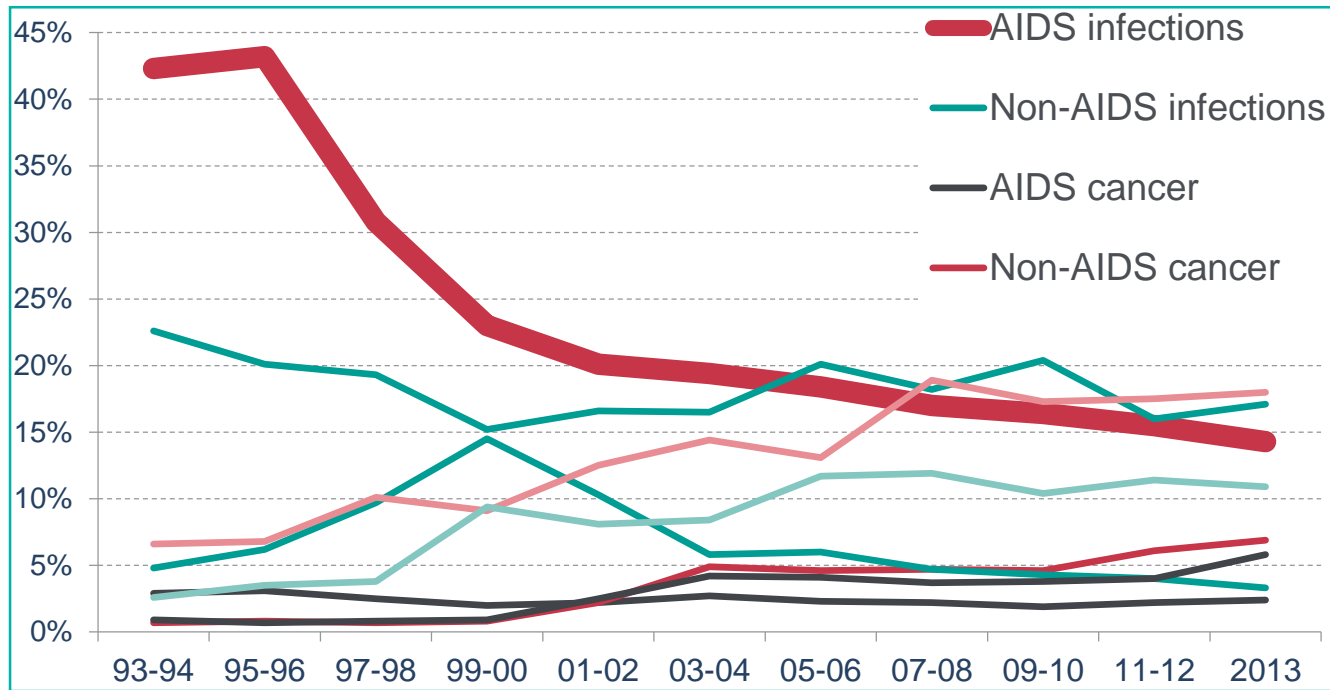
Fuente: SINIVIH 2019

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA





FIGURE 2. DISTRIBUTION OF ALL HOSPITAL ADMISSION BY YEARS AND CAUSES OF ADMSSION.



## DISCUSION (II)

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**IMPACTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LA EVOLUCIÓN DE LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH (1993-2014)**

Doctorando:  
Héctor Manuel Meijide Míguez

Directoras:  
Dra. Ángeles Castro Iglesias  
Dra. Eva Poveda López

inibio

GRUPO HOSPITALS UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA

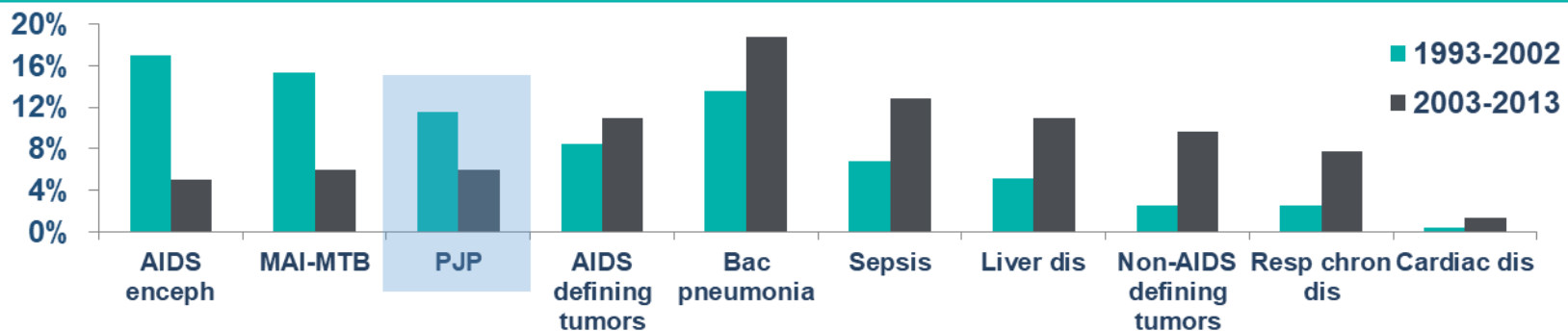
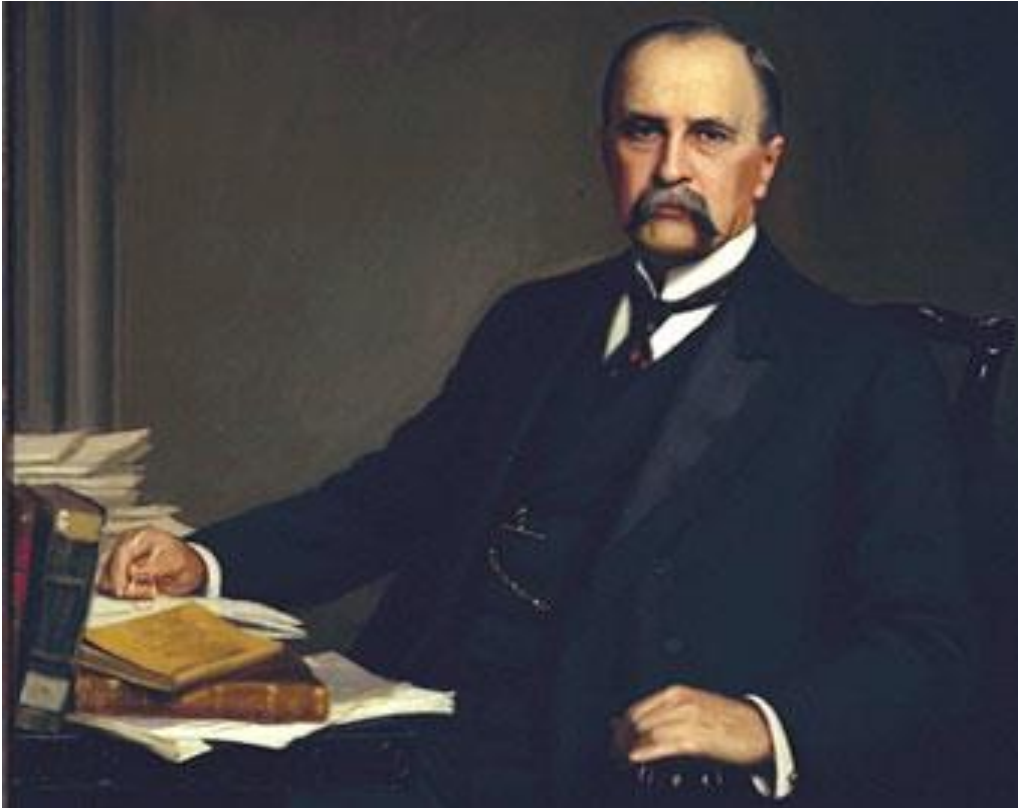


FIGURE 3. CAUSES OF DEATH DURING ALL HOSPITALIZATIONS BY PERIODS.

# DISCUSION (III)





Sir William Osler (1849-1919)

**“La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”**

## Re-evaluando el caso clínico ...

- Paciente muy inmunodeprimido
- Carga viral VIH muy elevada
- Fiebre y tiritona ... síntomas bien descritos en PJP
- Cuadro insidioso, progresivo, sin alteraciones Rx al inicio
- LDH en ascenso
- Ausencia de diagnosticos alternativos



# CONCLUSIONES

- La presencia de fiebre en un paciente con inmunosupresión grave condiciona la búsqueda exhaustiva de enfermedades infecciosas oportunistas, siendo el **diagnóstico diferencial amplio y un reto para el clínico.**
- Se cumple la máxima de que **lo más frecuente suele ser lo más probable**, pero el amplio abanico de posibilidades etiológicas obliga a sistematizar el abordaje diagnóstico.
- El **diagnóstico tardío** en el paciente **VIH** continúa siendo una realidad y tiene importantes implicaciones pronósticas.





 **quirónsalud**

La salud persona a persona

[hector.meijide@quironsalud.es](mailto:hector.meijide@quironsalud.es)