

 HOSPITAL
UNIVERSITARIO
CENTRAL de
ASTURIAS



Universidad de Oviedo

Caso 13. Adenopatía laterocervical en paciente con trasplante hepático y coinfección VIH-VHC.

Dr. Víctor Asensi
Unidad de Enfermedades Infecciosas – VIH
Medicina Interna
Hospital Universitario Central de Asturias
Universidad de Oviedo

Oviedo, 16 de Diciembre de 2020

PRESENTACIÓN DEL CASO (I)

- Varón de 66 años. Heterosexual. Casado. Historia de adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) en la juventud, deshabitado hace > 30 años.
- No fumador ni bebedor. Industrial.
- Diabetes tipo 2, controlada con insulina premezcla 30/70 con regular control con retinopatía diabética 2ª. Función renal normal y sin datos de nefropatía diabética.
- Infección por VIH y VHC conocida desde 1990.

PRESENTACIÓN DEL CASO (II)

- Infección VIH categoría A2 de los CDC en tratamiento antirretroviral (TAR) con diferentes pautas con excelente adherencia y tolerancia.
- En TAR con abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) + nevirapina (NVP) desde el 2000 con CD4 > 500/ μ l y carga viral VIH < 20 cop/ml.
- Infección por el VHC GT 3a tratada en 2003 sin éxito durante 6 meses con PEG-IFN + ribavirina (RBV).
- Cirrosis hepática 2ª.
- En seguimientos periódicos por Hepatología del HUCA. Se demostró la presencia de hepatocarcinoma por lo que en 2007 recibió un trasplante hepático (TOH) sin incidencias.

PRESENTACIÓN DEL CASO (III)

- Se cambió el TAR para evitar interacciones con la terapia antirechazo en 2007 a ABC+3TC+ raltegravir (RAL) y en 2017 se simplificó el TAR a STR con ABC+3TC+ dolutegravir (DTG) (Triumeq).
- En 2015 recibió sofosbuvir + daclatasvir + RBV durante 6 meses con curación del VHC.
- En octubre de 2017 refiere molestias faríngeas leves pero persistentes desde 3-4 meses antes con odinofagia. Es remitido por su médico de Atención Primaria a ORL del HUCA que ve al paciente el 20/12/17.

PRESENTACIÓN DEL CASO (IV)

ANALÍTICA 8/1/18

- HEMOGRAMA: Hgb 13,9, Hto. 42,3, L 6240 con 2350 linf., 200.000 PLQ.
- BIOQUÍMICA: urea 48, glucemia 55, creatinina 0,95 (mg/dl), TGP 20, FA 197, GGT 84 (UI/L), **glicoHgb 8,4%**
- CD4 639/ μ l (28%)
- Carga viral VIH < 20 cop/ml
- Carga viral VHC negativa

Rx TÓRAX

- Normal

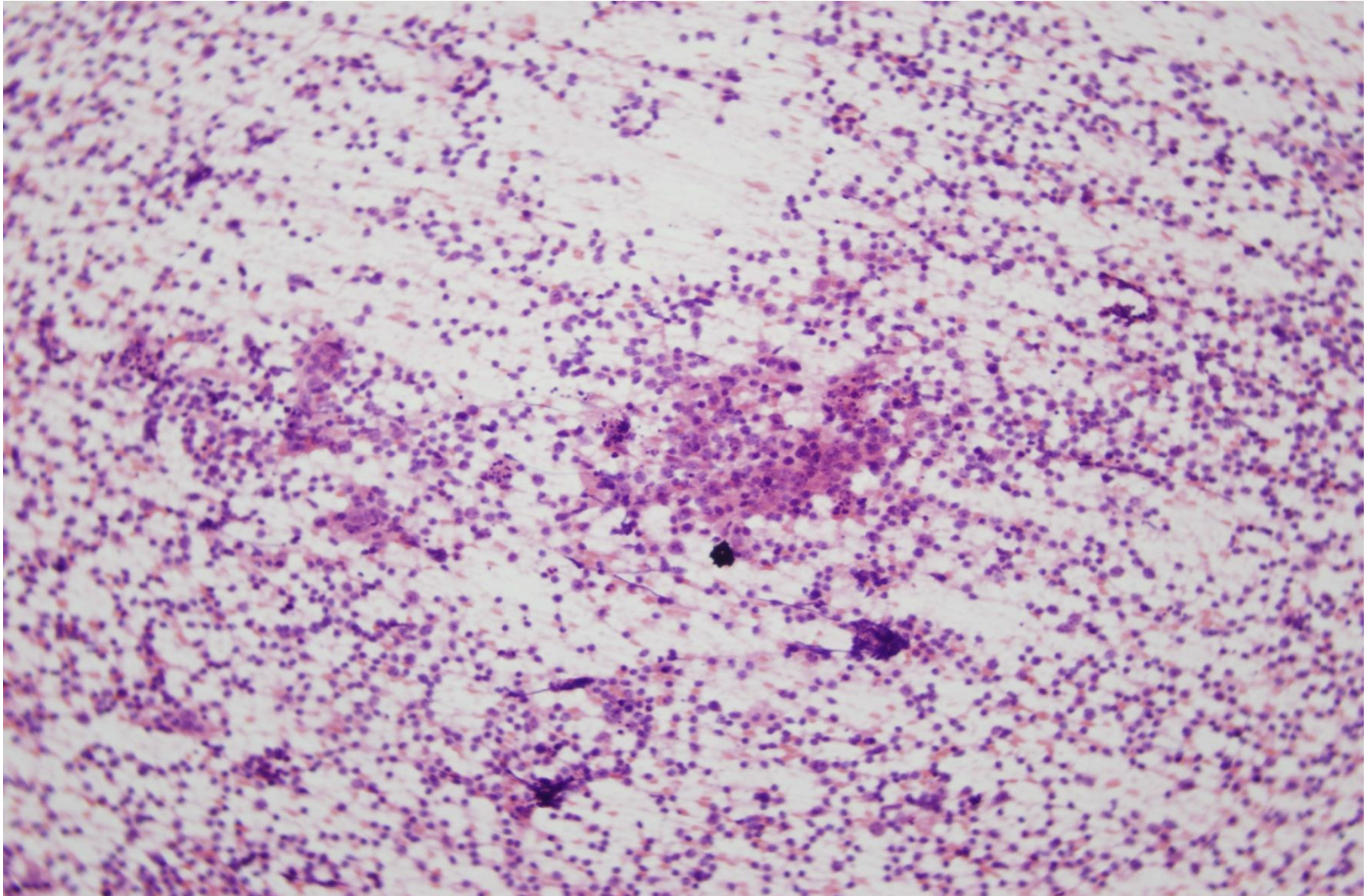
PRESENTACIÓN DEL CASO (V)

- **EXPLORACIÓN DE ORL**

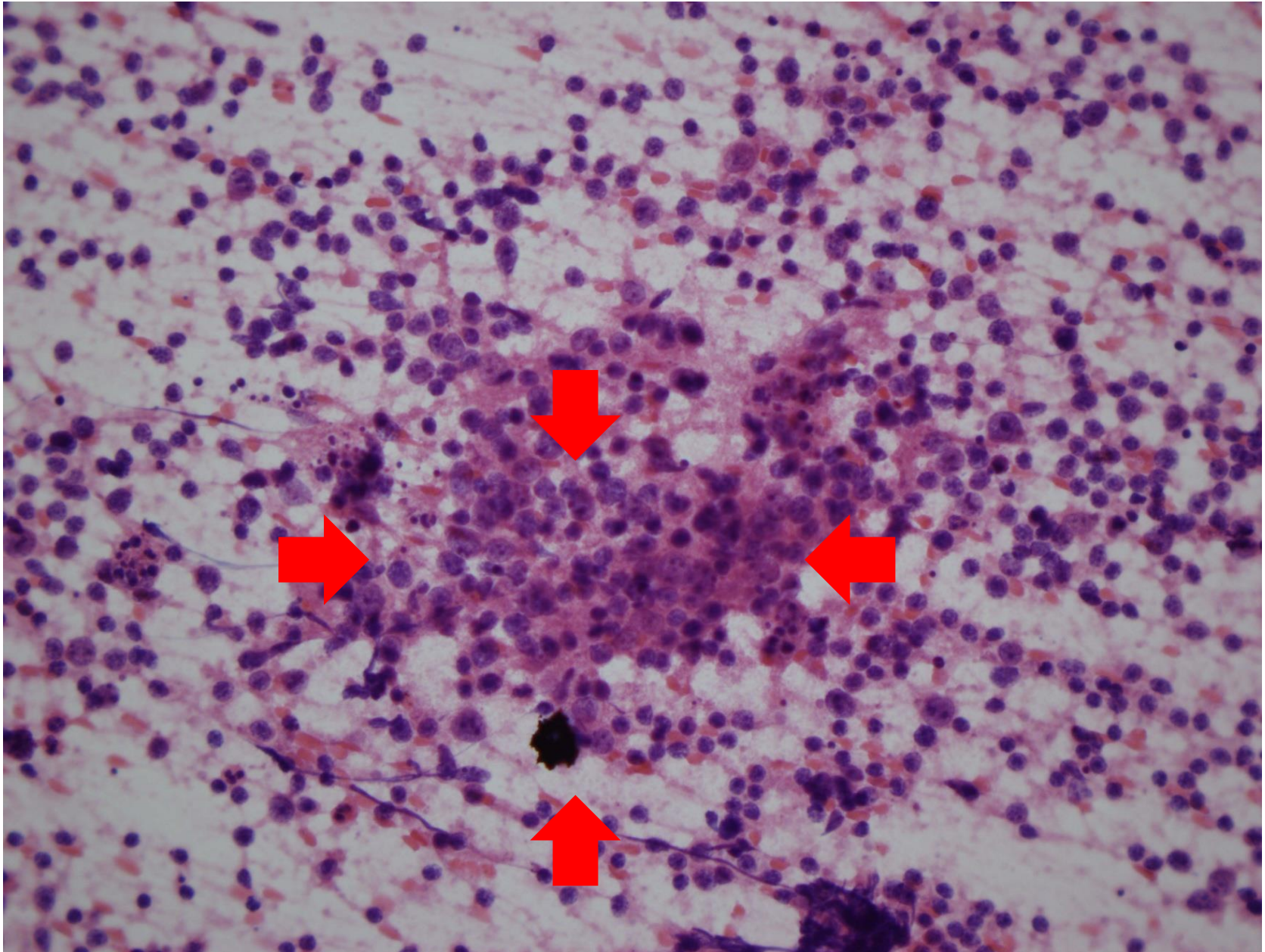
- Lesión de pequeño tamaño en parte media de amígdala izquierda que se reseca. No otras lesiones en cavidad oral.
- Adenopatía laterocervical izquierda de > 2cm diámetro y de consistencia aumentada que se punciona por PAAF. No otras adenopatías.

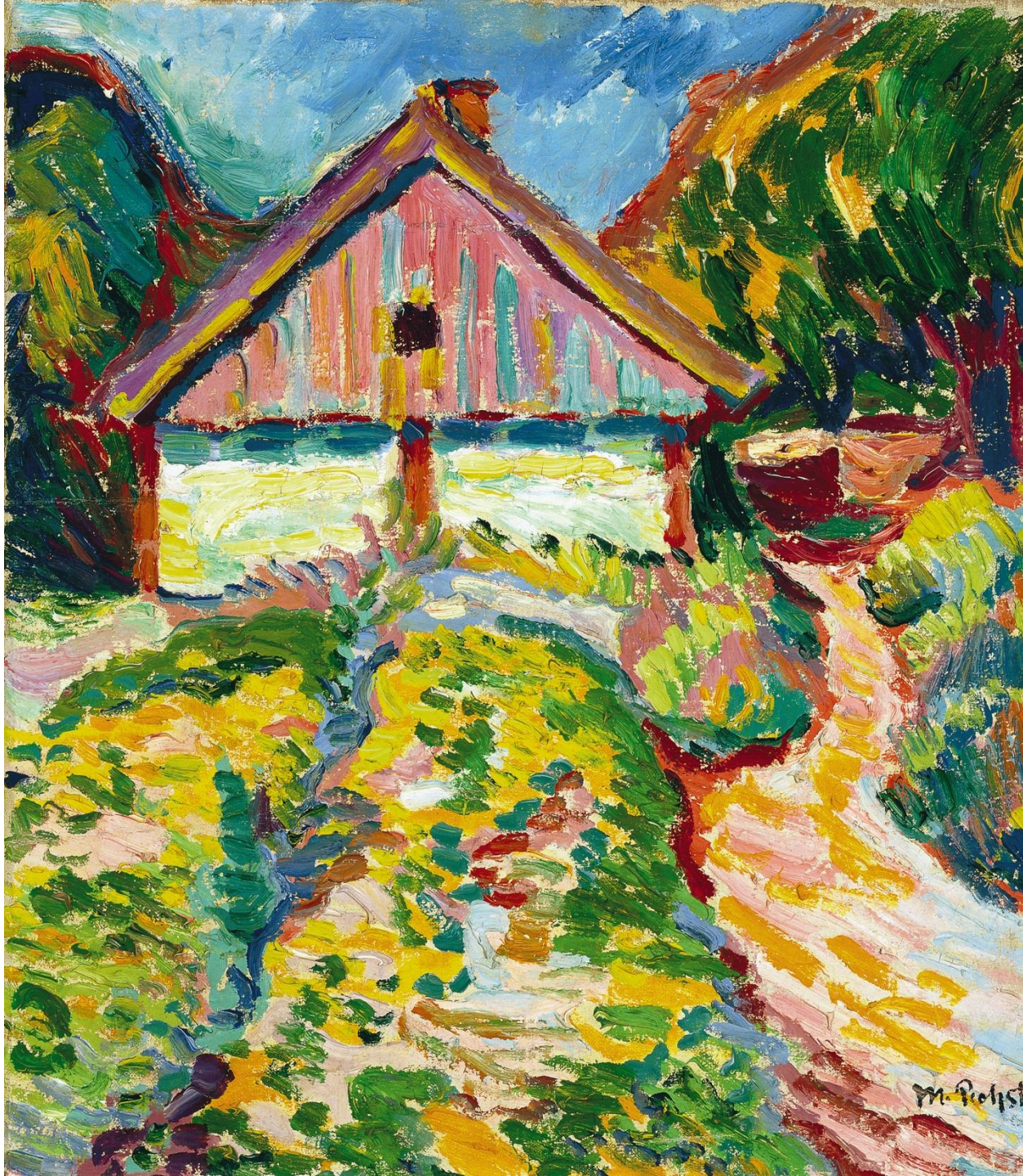
- La biopsia amigdalар mostró tejido inflamatorio, sin signos de lesión maligna, tipo carcinoma o linfoma.
- La PAAF de la adenopatía fue informada como **linfadenitis granulomatosa no caseificante**.
- El Laboratorio de Microbiología proporcionó el diagnóstico a partir de la PAAF ganglionar.

PAAF de adenopatía laterocervical izquierda x 20



PAAF de adenopatía laterocervical izquierda x 40





Pechstein M. Casa en la Kuhrische
Nehrung 1909.M.Thyssen

RESOLUCIÓN DEL CASO CLINICO (I)

- Quantiferón negativo.
- Tinción de Ziehl-Neelsen del material de la PAAF ganglionar negativa.
- Cultivos del material de la PAAF para bacterias, micobacterias y hongos negativos.
- PCR del material de la PAAF ganglionar positivo para *Treponema pallidum*.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLINICO (II)

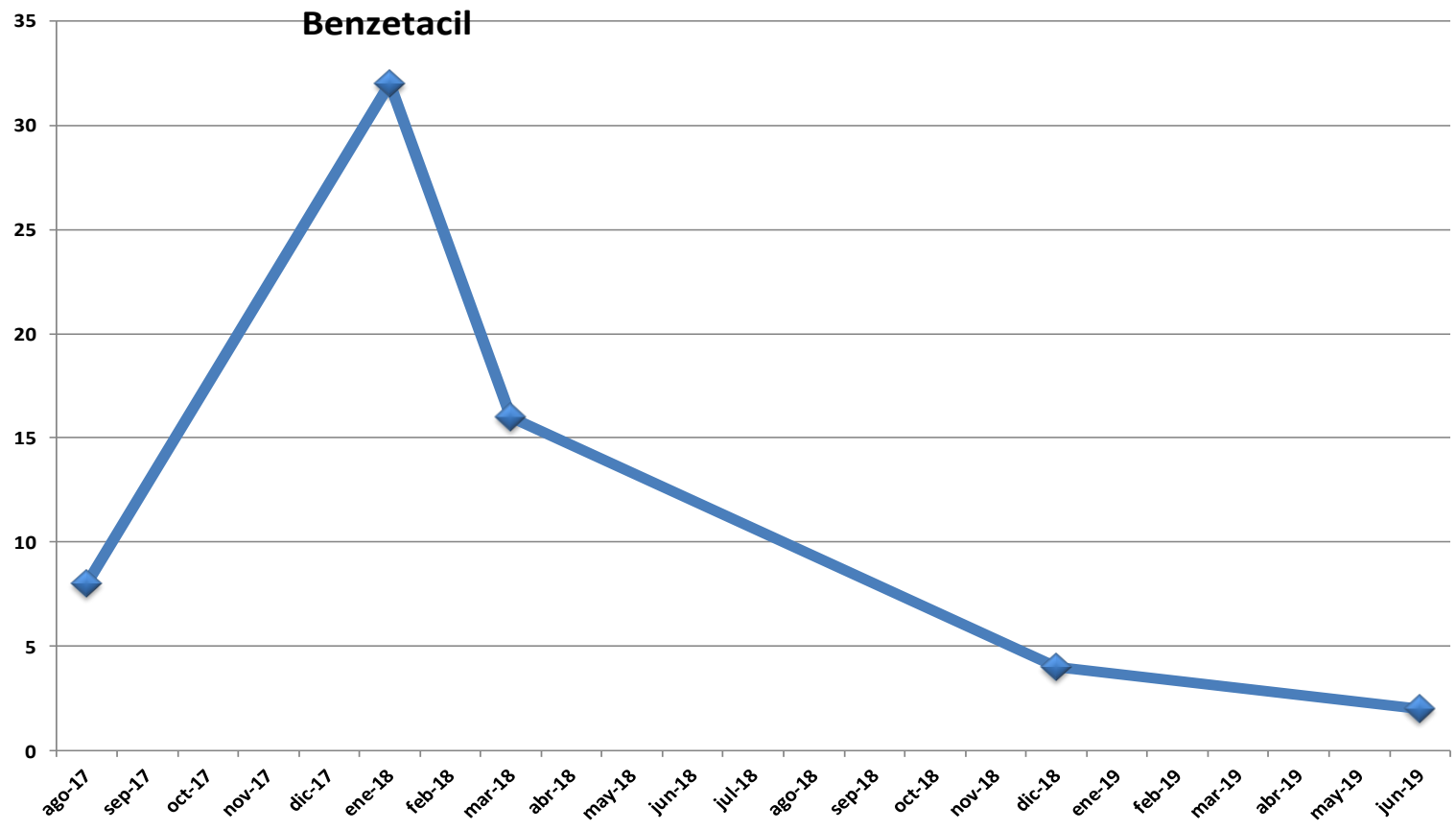
- Se diagnosticó de sífilis 1ª con probable puerta de entrada oral (chancro=lesión en amígdala) y adenopatía laterocervical izquierda acompañante.
- La serología de sífilis, realizada retrospectivamente, fue negativa en 2015 pero era RPR positiva a 1/8 y sífilis IgG + IgM positiva (test treponémico) en agosto de 2017.
- El paciente fue reinterrogado y negó ningún contacto sexual extramarital en años.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLINICO (III)

- Al tratarse de un paciente VIH trasplantado decidimos administrarle penicilina-benzatina 2,4 MU/IM/semana x 3 semanas.
- Un mes tras el fin del tratamiento con penicilina–benzatina la adenopatía había desaparecido y los títulos de RPR fueron cayendo progresivamente hasta la revisión de junio de 2019.

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS TÍTULOS DE RPR TRAS EL TRATAMIENTO CON PENICILINA

RPR



PUNTOS A RECORDAR

- Debemos pensar en sífilis en todos los escenarios clínicos especialmente en los pacientes VIH.
- En la sífilis deben considerarse diferentes puertas de entrada, no solo la genital.
- La sífilis se manifiesta a nivel tisular como granulomas no caseificantes.
- Las técnicas de Biología Molecular (PCR) son de gran ayuda en la sífilis.
- La penicilina es muy eficaz en la curación de la sífilis, que no produce inmunidad protectora



Sifilis.1912. Richard Cooper. Wellcome Collection

La Inspección Médica.
Henry Toulouse-Lautrec. 1894
Óleo sobre cartón.
National Gallery of Art
Washington, DC, USA.





***La visita al charlatán*, 1743. William Hogarth. National Gallery, Londres**

Gerard de Lairesse
Rembrandt. 1665-7
Óleo sobre lienzo.
Metropolitan Museum
NYC, USA.

