

TUBERCULOSIS Y PNEUMOCYSTOSIS EN UN PACIENTE HIV NEGATIVO

Dessole, A.; Giudice, F.; Lauro, P.; Levi, S.

Departamento de Urgencias Hospital Carlos G. Durand

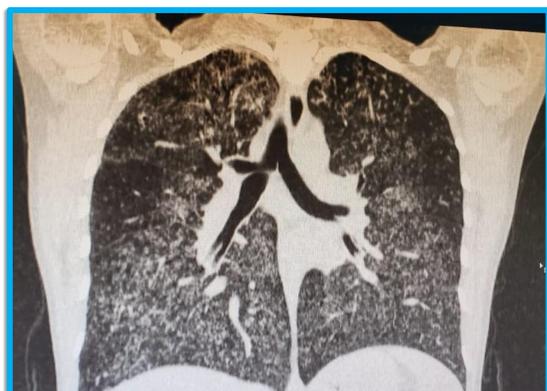
La Pneumocystosis es una infección oportunista mortal en pacientes inmunocomprometidos con alteración de la inmunidad celular tipo T. La mortalidad es más frecuente en pacientes no HIV (40%) con mayor requerimiento de unidad cerrada ; y sólo del 10% en HIV.

Presentamos el caso clínico de una paciente femenina de 28 años con antecedentes de laringitis crónica, disfonía y lesión ulcerada en cavum. Consulta por astenia, adinamia, diarrea, pérdida de peso, tos no productiva, disnea CF III-IV, fiebre y sudoración nocturna. Al examen físico se encuentra febril, FC 108, FR 25, Sat. 96% (0,21) con requerimiento de oxígeno. Adenopatía cervical derecha duro-elástica, móvil, indolora de evolución desconocida.

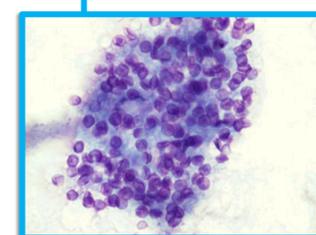
- GB 2900
- Linfocitos 400
- LDH 527
- PCR 3,23
- ALB 3,1
- Anemia de trastornos crónicos

- Alcalosis respiratoria compensada
- IgG EBV reactiva
- CMV sin reactivos
- Hipergammaglobulinemia policlonal
- Ig normales
- HMC negativos

- HIV no reactivo (NR)
- HBV NR
- HCV NR
- Chagas NR
- VDRL NR
- Panel Viral: Adenovirus, VSR, Influenza A y B, Parainfluenza y Metapneumovirus negativos



- TC de tórax: Compatible con tuberculosis miliar.
- Biopsia de Cavum: Mycobacterium Tuberculosis sensible a Isoniazida y Rifampicina.
- Lavado bronquioalveolar: Laringe con moderado a severo edema posterior, cuerda vocal izquierda parética.
- Microbiológico: Pneumocystis.
- Cultivo: Mycobacterium Tuberculosis.



Realizó tratamiento para Pneumocystosis con TMS, Meprednisona y cuatro drogas antifímicas con buena respuesta.

CONCLUSIONES: Tuberculosis y Pneumocystosis son enfermedades marcadoras de HIV. En este caso el interés radica en presentar una paciente con leucopenia, linfopenia y síntomas sugestivos de HIV con resultado negativo.

El diagnóstico tardío de Tuberculosis causó la reactivación de Pneumocystosis en un paciente no HIV, comportándose de igual manera. La importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano evitaría la reactivación. Remarcándose el valor de obtener un recuento de CD4 como marcador de enfermedades oportunistas y soporte de seguimiento, que en nuestro caso no fue realizado al descartarse el diagnóstico de HIV.

La Pneumocystosis se debe sospechar en pacientes con inmunocompromiso y cuadro respiratorio asociado a disociación clínico-radiológica. La baja tasa de sospecha incrementa la morbimortalidad. La profilaxis trisemanal con TMS previene la reactivación.