



Casos Clínicos

Dra. Beatriz Pi
Noviembre 2011



- 40 años. Sexo M, travesti, Trabajador Sexual. Fumador. No drogas de abuso. VIH- SIDA diagnosticado 2001. En TARV desde 2009, 2 planes: AZT/3TC/EFV y AZT/3TC/NVP. Escasa adherencia, reinstala último plan hace 1 mes.
No Recibe profilaxis.
CV 1015 copias , Población linf 219 CD4 (10/2011)
Coinfección VHB (no virémico). VDRL ¼ FTA abs reactivo, recibió tratamiento completo para sífilis.
No reclusión. No contacto con BK
Consulta por tumoración submaxilar Derecha de 3 meses evolución con crecimiento progresivo que deforma el cuello, concomitantemente Sd. Toxi-infeccioso y Repercusión General. No otra sintomatología

- Exámen Físico: Adelgazado, PyM hipocoloreadas, Febril T Ax 38.6°C, Tumoración submaxilar derecha que se extiende a región carotidea polilobulada firme, dolorosa de 5x3 cm. Tumoración supraclavicular derecha de similares características de 2 cm diámetro. BF. No Muguet oral. CV , PP, ABD, PNM normal.

Planteos :

VIH SIDA inmunodepresión severa

Síndrome poliadenomegálico

Síndrome toxi-infeccioso

Repercusión General

TUBERCULOSIS
GANGLIONAR

LINFOMA NO
HODGKIN

MÁS ALEJADOS:
NOCARDIOSIS,
HISTOPLASMOSIS

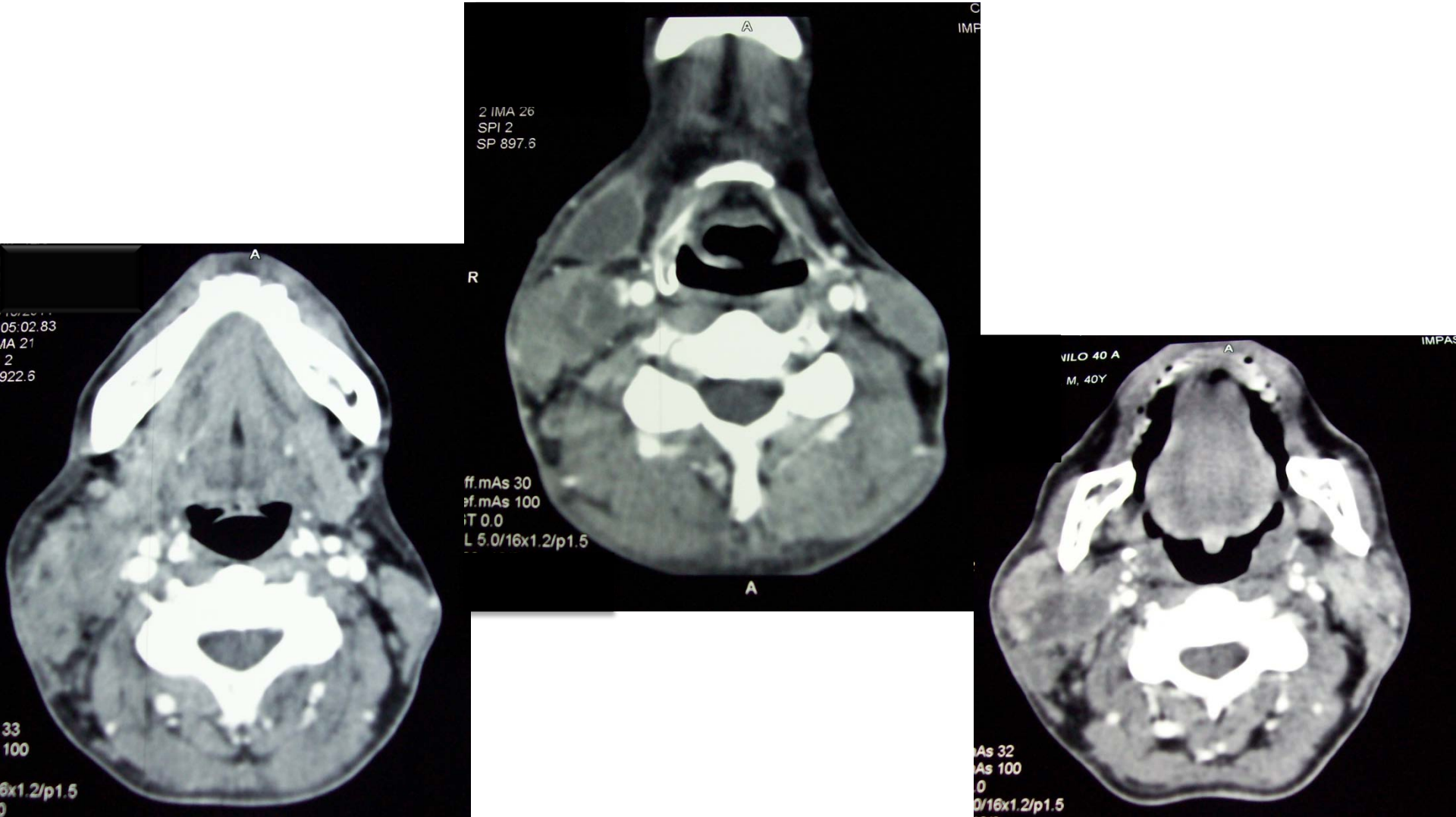


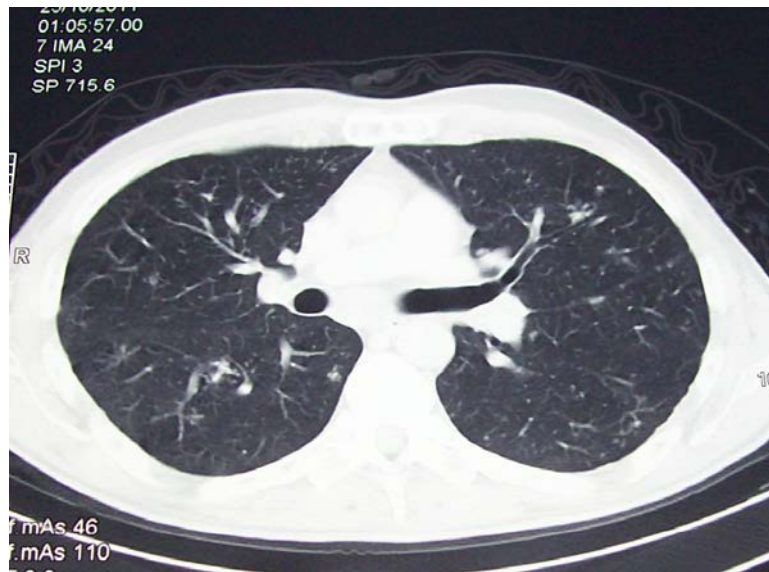
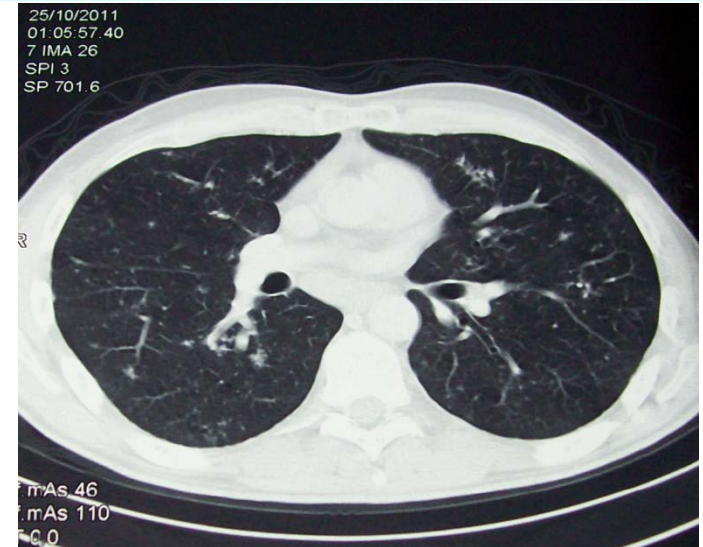


- Se solicita para avanzar el el diagnostico
 - Tomografía de Cuello, Tórax, Abdomen, Pelvis
 - Fibrobroncoscopía con LBA. No evidenció lesiones. Se tomó muestras para búsqueda de BK, hongos, y microorganismos inespecíficos
 - PPD
 - Biopsia ganglionar



TC Cuello







- Tomografía: Adenopatías yugulocarotídeas submaxilares derechas con centro necrótico . A nivel pulmonar areas periféricas de consolidación en ambos lóbulos superiores , lóbulo medio y segmento apical lóbulo inferior P.D. Múltiples imágenes en árbol brotado. Adenopatías paratraqueales , para-Aórticas, subcarinal, No imágenes de derrame pleural. Discreta esplenomegalia. Adenopatías pélvicas .



PPD: 16 mm





- Síndrome poliadenomegalico
- Síndrome toxi-infeccioso
- VIH SIDA
- Imágenes tomográficas de adenopatías en múltiples territorios (con centro necrótico) y a nivel pulmonar
imágenes en árbol brotado

INICIO DE TRATAMIENTO
EMPIRICO ANTI
TUBERCULOSO



- Se inicia 1º FASE de tratamiento:

ISONIACIDA 300 mg /día

RIFAMPICINA 600 mg/ día

PIRAZINAMIDA 1.5 gr/día

Franca mejoría de estado clínico:

Sin registros febriles desde el inicio del tratamiento .

Reducción del tamaño de adenopatías.

Fistulización espontanea de adenopatía del cuello con drenaje de material caseoso. Se toma muestra por punción de dicho material.



Evolución bajo tratamiento





TUBERCULOSIS y VIH

- Pacientes VIH+ mayor frecuencia de TBC extra-pulmonar y TBC diseminada.
- La forma de presentación depende de la inmunidad del paciente.
- A mayor inmunodepresión mas probable TBC Extrapulmonar y TBC con Baciloscopías negativas.
- TBC + VIH: Prioridad inicio – Terapia Antituberculosa
 - _ Terapia Antirretroviral
 - _ Trimetroprim Sulfametoxazol

TMP SMX a dosis profilácticas
reduce la mortalidad y disminuye
impacto de infecciones
bacterianas concomitantes



Tuberculosis Ganglionar

- Forma más frecuente de TBC extra-pulmonar
Puede comprometer adenopatías superficiales (más común adenopatías cervicales :“Escrófula”) y ganglios de territorios profundos.
- Se manifiestan como linfadenopatías induradas no dolorosas, con aumento de tamaño progresivo, que no adhieren a la piel, puede presentar elementos fluxivos, y pueden fistulizarse al exterior drenando material caseoso.
- Frecuentemente presenta afectación pulmonar.



TUBERCULOSIS GANGLIONAR

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO.

Biopsia : granulomas caseificantes es orientador, se confirma con cultivos.

PAAF (punción aspiración aguja fina) : Procedimiento rápido y menos cruento que la biopsia. Permite seleccionar los candidatos para la biopsia ganglionar con mayor certeza. En pacientes VIH+ tiene mayor rendimiento que en VIH(-).

Diagnostico definitivo: **aislamiento mediante cultivos de *Mycobacterium tuberculosis*.**



Tratamiento anti BK en VIH+

BIFASICO

1ª FASE

- Diario
- 2 meses duración
- 3 Drogas
- Isoniacida
5mg/Kg/día (máx 300 mg)
- Rifampicina 600 mg día
- Pirazinamida 1.5 g/día

2ª FASE

- Trisemanal o diaria. Diaria:
menos incidencia de
recaídas y falla del tratam.
- 7 meses duración
- 2 Drogas
- Isoniacida 15mg/Kg/día
- Rifampicina 600 mg/ día

TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO ES IGUAL AL DE LA FORMA
PULMONAR.



Tratamiento Antirretroviral-Tratamiento AntiTBC

- TARV mejora supervivencia y disminuye recurrencias en TBC.
- TARV debe iniciarse en todos los pacientes VIH+ con TBC activa independientemente del nivel inmunitario.
- Se inicia en primer término el Tratamiento anti TBC, TARV debe iniciarse en las primeras 8 semanas de la Terapia anti BK.

INICIO TEMPRANO TARV (dentro de las 8 semanas de tto anti BK):

- Disminuye mortalidad**
- Mejora la evolución de la enfermedad TBC**
- 1/3 de los pacientes desarrollan Síndrome de reconstitución inmune leve a moderado.
- Superposición de toxicidades medicamentosas
- Mayor número de comprimidos : impacto negativo en adherencia



Tratamiento Antirretroviral-Tratamiento AntiTBC

- PACIENTES QUE YA RECIBEN TARV:
- Terapia anti-Tuberculosa debe comenzar inmediatamente, considerar:
 - Necesidad de modificar TARV debido a interacciones medicamentosas o sumatoria de toxicidades.
 - Cambio del Plan de TARV cuando la presencia de Tuberculosis Activa bajo TARV constituye un fallo de la terapia antirretroviral.

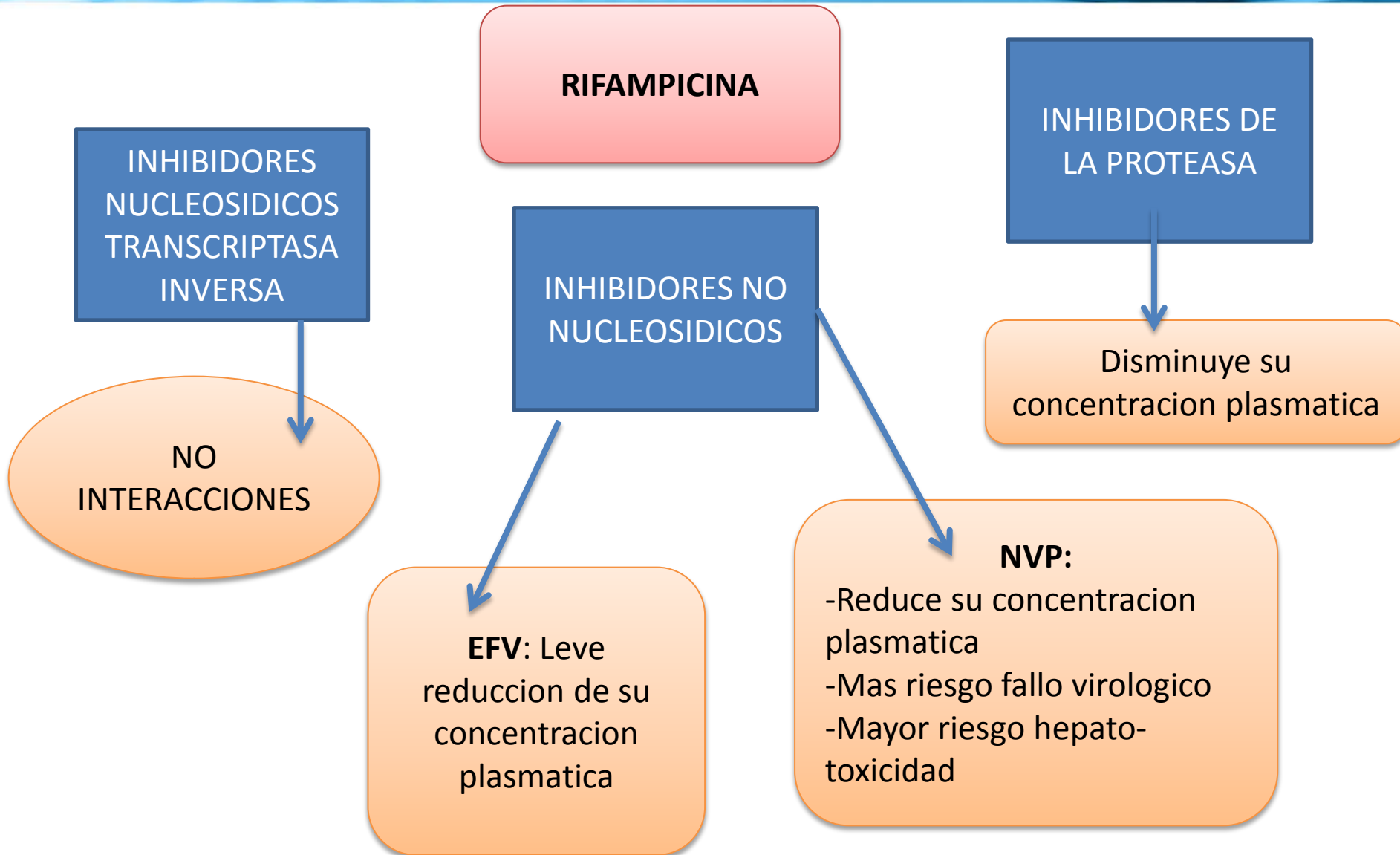


¿Con cuales Antirretrovirales empezar en el curso de la TBC?

- Rifampicina es un potente inductor de enzimas hepáticas, provocando concentraciones subterapeúticas de algunos Antirretrovirales.
- TARV de Primera línea : 2 inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa más Efavirenz.
- Si por alguna razón debe recibir Inhibidores de la Proteasa, de elección: Lopinavir /Ritonavir ó Saquinavir/Ritonavir.



Efectos de la Rifampicina sobre el TARV:





Bibliografía

Martinez Lacasa J., Podzamczar D. Infecciones por micobacterias. En: Benetucci J. SIDA y enfermedades asociadas. 3ª ed. Buenos Aires. FUNDAI; 2008: 265-290

Cabrera S., et al. Validación de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en el diagnóstico de linfadenitis tuberculosa en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Rev Med Urug* **2009**; 25: 157-167

Fanlo P., Tiberio G. Tuberculosis Extrapulmonar. *An.Sist.Sanit.Navar.* **2007**.30(2): 143-162

Cohen K., et al. Manegment of individuals requiring ART and TB treatment. *Curr Opin HIV AIDS.* **2010** ; 5(1): 61-69



Blanc F., et al for the CAMELIA study team. Earlier versus later start of Antiretroviral Therapy in HIV infected adults with Tuberculosis. *N Engl J Med*. **2011**; 365:1471-1481

Havlir D., et al. For the AIDS Clinical Trials Group Study A5221. Timing of Antiretroviral Therapy for HIV1 infection and Tuberculosis. *N Engl J M* **2011**; 365: 1482-1491

Treatment of Tuberculosis: Guidelines- 4th ed.
WHO/HTM/TB/2009