

CASO CLÍNICO

BARTONELOSI Y VIH

Cátedra Abierta

Sábado 28 de abril de 2018

Dr. Mateo Rodríguez – Dr. Henry Albornoz



- **FICHA PATRONÍMICA:**
 - Sexo femenino, 37 años
 - Vive con su pareja e hijos más 16 mascotas (9 gatos y 7 perros)
- **ANTECEDENTES PERSONALES:**
 - VIH + diagnosticada en 2013, en TARV con plan AZT/3TC/NVP. Última población linfocitaria y carga viral de enero/2018: 123 CD4+ y 39.500 copias. Se plantea probable fallo virológico.



- **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

Ingresa a hospital general el 6/1 por cuadro de artromialgias, fiebre 37,9°C, astenia y malestar general. Asocia cefalea con foto y acusofobia. En la evolución agrega dolor en hipocondrio derecho.

- **PARACLÍNICA:**

- Hemograma: Hb 12,1 Plq 94000 Gb 3700 -CPK 56

- TAC cráneo: sin alteraciones

- TAC abdomen/pelvis: hepatoesplenomegalia

- LCR: proteinorraquia 0,33, glucorraquia 0,73, Gb1

- Micológico/Bacteriológico LCR negativos

Se plantea **cuadro viral inespecífico**



- **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Reconsulta en emergencia del Hospital el 29/1 por misma sintomatología, refiriendo fiebre de hasta 39°C con sudoración profusa, náuseas y vómitos, anorexia y adelgazamiento.

- **EXAMEN FÍSICO:**

Adelgazada, se constata leucoplasia oral vellosa. Presenta lesión en cara anterior de puño izquierdo, tipo pústula, redondeada, de aprox. 1-2cm, con contenido que drena de forma espontánea.





- **PLANTEOS CLÍNICOS:**

VIH + con inmunodepresión severa,
que se presenta con un síndrome de irritación
meníngea más un síndrome toxiinfeccioso de 1
mes de evolución, sumado a síntomas
inespecíficos y una lesión en piel.

_Meningoencefalitis subaguda ?

_Micobacteriosis diseminada ?



- **PARACLÍNICA:**

- Hemograma: Hb 10,7 Plq 360000 Gb 4960

- Funcional y enzimograma hepático: FA 132 GGT 131

- Fibrinógeno 619 -PCR 27 -CPK 600

- TAC cráneo: sin alteraciones

- LCR: proteinorraquia 0,33, glucorraquia 0,51, Gb 0

- Bacteriológico, micológico, genexpert y PCR múltiple en LCR negativos

- Hemocultivos para bacterias y hongos sin desarrollo

- Urocultivo negativo

- Ecografía de abdomen del 5/2: hepatomegalia, bazo con múltiples lesiones sólidas la mayor de 6mm



- TAC cuello/tórax/abdomen/pelvis del 10/2: adenomegalias axilares izquierdas de 13 y 14mm. Hepatomegalia regular, bazo heterogéneo con múltiples imágenes hipodensas, subcentimétricas, redondeadas, difusas, de aspecto inespecífico.



ETIOLOGÍA: PLANTEOS

- Bacteriano  específico: *_Mycobacterias*
 inespecífico: *_Nocardia spp.*
_Bartonella spp.
- Fúngico  *_Histoplasma spp.*
_Candida spp.
- Neoplásico  *_Linfoma*
_Sarcoma de Kaposi

- Se realiza **biopsia de lesión de piel**:
 - Anatomía patológica: Proceso infeccioso a correlacionar con resultado microbiológico
 - Bacteriológico: no se realiza -Micológico: negativo
 - Baciloscopía y cultivo para micobacterias: negativos
- Punción de ganglio axilar izquierdo bajo ecografía:
 - Citológico: Linfadenitis reactiva
- Se inicia **tratamiento antibiótico empírico** con **doxiciclina** 100mg c/12hs + **TMP-SMX** 80-400mg 4 comp c/8hs



- La paciente es dada de alta bajo tratamiento antibiótico y TARV con nuevo plan TDF/3TC/ATV-r.
- El 27/2 se recibe el siguiente resultado:
 - Serología para *Bartonella henselae*** (extraída el 22/2) por técnica de IFI: **IgG positiva/IgM positiva.**
- Con este resultado, realizamos diagnóstico de **enfermedad por arañazo de gato** en VIH + con inmunodepresión severa.



BARTONELOSIS Y VIH

- Habitualmente se observa en pacientes con inmunodepresión severa y $CD4^+ < 50$.
- Se puede presentar bajo diferentes entidades: enfermedad por arañazo de gato, retinitis, angiomatosis bacilar, peliosis bacilar hepática.
- *Las especies más frecuentes son Bartonella henselae y Bartonella quintana.*
- Se desarrolla como una enfermedad crónica de lenta evolución, con lesiones en piel y bacteriemia intermitente.
- En piel pueden observarse lesiones tipo pápulas rojo-purpúreas alargadas ó nódulos de consistencia gomosa.



- El diagnóstico de certeza puede realizarse mediante hemocultivos con 5-15 días de incubación.
- La histopatología muestra acúmulos de material granular conformado por los bacilos, que se detectan por tinciones específicas.
- El valor de las pruebas serológicas en individuos con inmunodepresión severa es discutido
- El tratamiento antibiótico de elección es con doxiciclina o eritromicina
- Pueden realizarse asociaciones con rifampicina y gentamicina. Como alternativas se utilizan claritromicina y azitromicina.
- En lesiones oftalmológicas o de sistema nervioso central, se recomienda esperar de 2 a 4 semanas para el inicio del TARV.





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2018.

