

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de ciencias médicas "Victorias Girón"
XIV Jornada Científica Estudiantil
CIENCIMEQ 2022

Síndrome hemipléjico como debut clínico de Sida. Reporte de un caso.

Autores: Dania González Fernández *

Yailen Forteza García**

Alex Armando Urquiola Romero***

*Estudiante de medicina de 3er año. Alumna ayudante de Medicina Interna.

**Estudiante de medicina de 3er año. Alumna ayudante de Endocrinología.

***Estudiante de medicina de 3er año. Alumno ayudante de Medicina Física y Rehabilitación.

Tutor: Alejandro Roque Valdés ****

****Especialista en Medicina Interna. Máster en Infectología y Medicina Tropical.
Profesor asistente.

La Habana, 2022

Resumen:

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida constituye el cuadro final de la infección por el VIH. Antes de caer en dicha etapa el enfermo tiene un período de incubación que puede durar varios años. Se presenta a un paciente que desconocía ser portador del VIH, hasta que debutó con varias manifestaciones clínicas, entre ellas hemiplejía derecha, confundiéndose el cuadro con metástasis cerebral. Posteriormente se confirmó la infección por el VIH y se hizo el diagnóstico clínico de neurotoxoplasmosis. El enfermo mejoró con el tratamiento específico. Se hace énfasis en la importancia de pensar en las entidades relacionadas con el VIH al realizar el diagnóstico etiológico diferencial del síndrome hemipléjico.

Summary:

Acquired immunodeficiency syndrome is the final picture of HIV infection. Before falling into this stage, the patient has an incubation period that can last several years. A patient is presented who did not know he was HIV-positive, until he debuted with various clinical manifestations, including right hemiplegia, confusing the picture with brain metastasis. HIV infection was subsequently confirmed and a clinical diagnosis of neurotoxoplasmosis was made. The patient improved with the specific treatment. Emphasis is placed on the importance of considering the entities related to HIV when making the differential etiological diagnosis of the hemiplegic syndrome.

Introducción:

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es la causa de unas de las principales pandemias que afectan a la humanidad desde las dos últimas décadas del pasado siglo hasta la fecha. En la actualidad hay más de 35 millones de personas viviendo con la infección por este virus. Cuba mantiene una incidencia relativamente baja de la entidad, como resultado de los programas de pesquisa que se realizan a determinados grupos de personas (contactos sexuales de pacientes con VIH, donantes de sangre, embarazadas, etc.). Sin embargo, algunos individuos con aparentes antecedentes epidemiológicos sin importancia, pueden evadir el programa y debutar con una complicación clínica, incluso con una enfermedad oportunista que ya lo clasifique como enfermo con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Se describe la forma clínica en que debuta como caso Sida un paciente con aparente salud anterior, predominando en él un síndrome hemipléjico, que se manejó inicialmente como un tumor cerebral metastásico.

Presentación del caso

Paciente de 31 años de edad, masculino, de la raza blanca, con antecedentes de salud. Comenzó con cuadro de diarreas y pérdida progresiva de peso que llegó a 20 libras. Aproximadamente tres meses después presenta cefalea, vómitos, fiebre y toma del estado general, empeorando su cuadro clínico con incoherencia, desorientación, diplopía y pérdida de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho. Es ingresado en el Hospital Calixto García encontrando en tomografía de cráneo varias imágenes hipodensas en diferentes regiones del encéfalo (figura), valorándose inicialmente como metástasis cerebrales. En el estudio realizado aparece ELISA para VIH reactiva, por lo que se decide el traslado hacia el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK).

En el IPK se recibe a un enfermo con estigmas de marcada pérdida de peso, toma de su estado general y disminución de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho. Se inicia tratamiento con sulfadiazina y pirimetamina por diagnóstico clínico de neurotoxoplasmosis (NTX).

Los estudios de laboratorio más importantes mostraron: hemoglobina en 95 g/l, eritrosedimentación 35 mm/h, IFI Toxoplasma 1/32, ELISA para VIH reactivo, Western Blot positivo para VIH 1, conteo de linfocitos CD4 en 219 células/mm³ (9 %) y carga viral en 190 cop/ml. Las pruebas de función renal y hepática fueron normales.

En el ultrasonido abdominal apareció hígado de tamaño normal con marcado aumento de su ecogenicidad, discreta dilatación calicial bilateral; vesícula, páncreas y bazo normales.

La evolución en sala fue muy buena con recuperación de la fuerza en hemicuerpo derecho, desaparición de la cefalea y de los trastornos visuales con mejoría evidente del estado general. Además se comprueba la ausencia de las lesiones en tomografía axial computarizada evolutiva.

También se le puso tratamiento con medicamentos antirretrovirales. Progresivamente las diarreas cesaron y el enfermo recuperó todo el peso corporal perdido.

Después de 12 meses de tratamiento antirretroviral los niveles de CD4

ascendieron a 662 cel/mm³ (23 %), estando el paciente asintomático y reincorporado a su trabajo.

Discusión:

La evolución natural de la infección por el VIH lleva a un estado de inmunodeficiencia celular severo que se caracteriza clínicamente por la aparición de enfermedades oportunistas infecciosas o tumorales. Esta evolución se ha logrado modificar con el surgimiento y empleo de los fármacos antirretrovirales.

El momento ideal para iniciar dicha terapéutica en el enfermo, es cuando su sistema inmunológico comienza a ceder ante la replicación constante del virus. Esto se demuestra objetivamente con una disminución de los linfocitos CD4 por debajo de 350 células x mm³ de sangre o por una carga viral superior a 55 000 copias/ml de sangre. Incluso en la actualidad la tendencia es iniciar el mencionado tratamiento en etapas más precoces, de hecho ya se acepta comenzarlo inmediatamente después de realizado el diagnóstico de la infección.

En otras palabras, el tratamiento debe preceder a las complicaciones clínicas porque la mayoría de las enfermedades oportunistas que se asocian al Sida pueden ser invalidantes o incluso mortales. Para lograr esto, se deben chequear sistemáticamente a los pacientes en la fase asintomática de la enfermedad.

Como es lógico, una persona que desconoce su infección debutará en algún momento con una complicación clínica. Este debut es de mal pronóstico, porque el enfermo ha llegado a la etapa de Sida sin recibir tratamiento antirretroviral y por lo tanto con su sistema inmune muy deteriorado. No obstante, en esta fase todavía se puede hacer mucho por el paciente por lo que la infección por el VIH siempre debe estar presente en la mente de nuestros médicos.

Los síndromes neurológicos frecuentemente se asocian al debut clínico del Sida, traduciendo enfermedades como NTX, criptococosis meníngea, linfomas y encefalitis por VIH, entre otras.

La discusión etiológica del síndrome hemipléjico tradicionalmente ha incluido a la patología cerebro – vascular y a los tumores como primeros diagnósticos a plantear. Señalándose también pero, menos frecuentes, las causas traumáticas, degenerativas e infecciosas.

Sin embargo esta metodología debe cambiar. La infección por el VIH y sus patologías oportunistas relacionadas deben estar entre los primeros diagnósticos

a pensar ante un síndrome hemipléjico, principalmente si aparece en una persona joven.

Conclusión:

En el ejercicio del diagnóstico etiológico del síndrome de defecto motor, e incluso de otros síndromes neurológicos como el demencial, meníngeo, convulsivo, extrapiramidal, entre otros; se debe incluir la posibilidad de la infección VIH/Sida.

Bibliografía:

- 1- MINSAP. Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis, 2019-2023. La Habana, Cuba 2019.
- 2- AIDSinfo. Guidelines for Preventions and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Downloaded from <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 9/10/2018

Anexos:

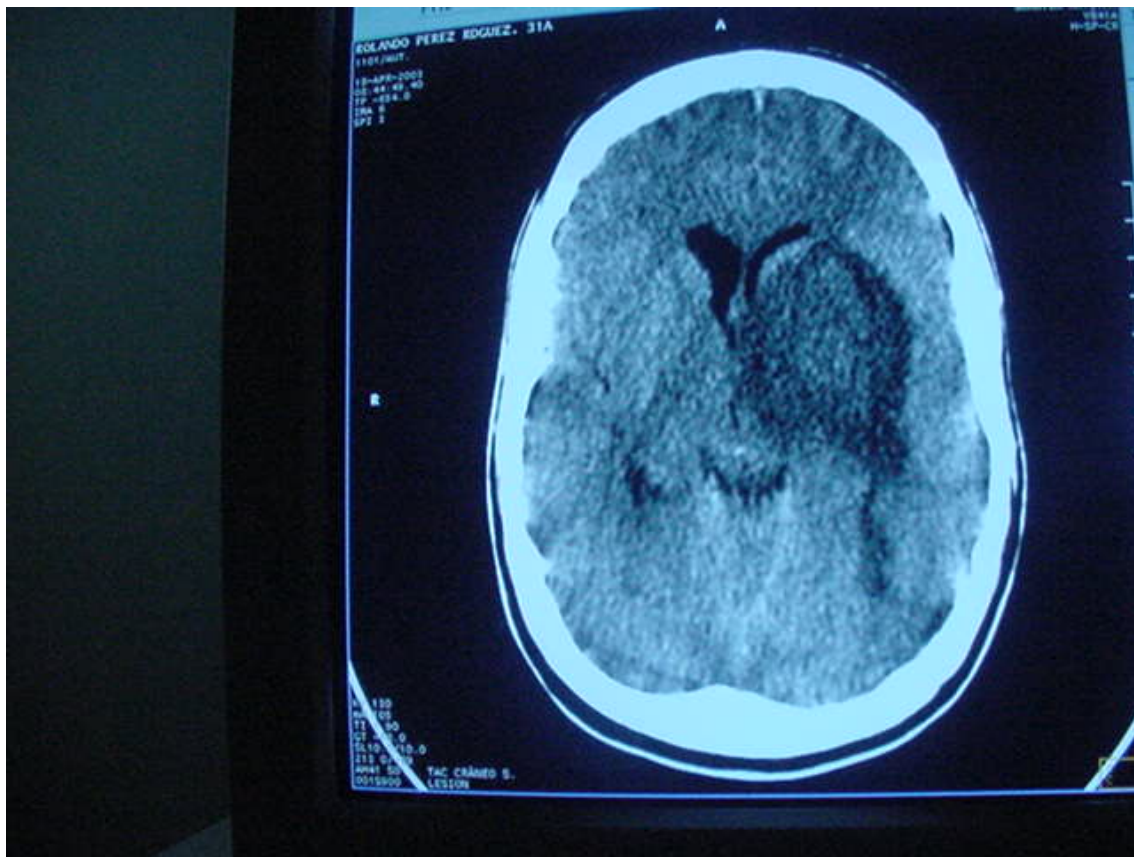


Figura: Tomografía axial computarizada de cráneo del paciente. Imágenes hipodensas, algunas con edemas perilesional asociado.