



VII Jornadas Infectológicas de Invierno

11 y 12 de agosto 2016 Sal6n Yacanto - Sheraton Hotel

1ras Jornadas de Control de Infecciones para Enfermeros

Hotel Dr. C6sar Carman - ACA 13 de agosto 2016



N6 TI006

RESUMEN

T6TULO: LEISHMANIASIS VISCERAL EN UN PACIENTE CON VIH

Autores: Gonz6lez, Diego¹; Molina, Mar6a¹; Barnes, Andr6s²; Ravera, Lorena³; Marson, Cristina³; Penco, Sabrina¹

Instituci6n: (1) Residencia de Infectolog6a, (2) Laboratorio de Microbiolog6a (Secci6n Parasitolog6a), (3) Servicio de Infectolog6a (Pabell6n 5). Hospital Rawson. C6rdoba, Argentina.

Correo electr6nico del autor presentador: gonzalez.diego@hotmail.com.ar

* Cuerpo del Resumen: (m6x 2500 caracteres sin espacios)

Introducci6n: La leishmaniasis es una infecci6n cr6nica causada por protozoos del g6nero *Leishmania*, transmitida por d6pteros de los g6neros *Lutzomyia* y *Phlebotomus*. Afecta de forma end6mica a pa6ses de 6frica, Asia, Latinoam6rica y Europa. Las manifestaciones cl6nicas se agrupan en: leishmaniasis cut6nea, mucosa y visceral (LV). LV es casi siempre mortal sin tratamiento y puede ser la enfermedad de presentaci6n del SIDA, aumentando as6 la mortalidad. El recuento medio de linfocitos T CD4⁺ (CD4) es inferior a 200 c6l/ml. En estos pacientes encontramos: anemia, neutropenia, trombocitopenia e hipergammaglobulinemia. Para su tratamiento, formulaciones convencionales y lip6dicas de anfotericina parecen ser tan eficaces como derivados de antimonio pentavalente. **Resumen:** Masculino, 38 a6os, HSH, infecci6n por VIH en 2008. TARV actual: RAL-TDF-ATV/r, CD4: 82 c6l/ml (5%), CV 7.071 copias (log: 3,85). En septiembre de 2015 inicia s6ndrome febril prolongado y pancitopenia. Serolog6a para Chagas: Elisa: positivo, HAI: positivo; Gota gruesa: negativa. Se realiza puncci6n de m6dula 6sea (PMO) sin alteraciones. Al mes se agrega p6rdida de peso, h6pato-esplenomegalia y adenopat6as inguinales y retroperitoneales. En re-interrogaci6n, relata viaje a zona de cataratas del Iguaz6 en marzo del mismo a6o, con estad6a de veinte d6as. Se solicitan ex6menes complementarios y se confirma diagn6stico de LV. Se inicia anfotericina, y luego de los 4 d6as se rota por antimonio de meglumina. Cumple tratamiento por 28 d6as con buena tolerancia y sin reacciones adversas. Ex6menes: Laboratorio: Hemoglobina: 9,4 g/dl, Gl6bulos blancos: 2000 c6l/ml (Nc: 2%, Ns: 56%, Eo: 1%, Ba: 0%, Li 36%, Mo: 5%), Plaquetas: 176.000 c6l/ml, GOT: 55 U/l, GPT: 50 U/l, GGT: 54 U/l. Nueva PMO (octubre de 2015) examen microbiol6gico directo: Elementos intracelulares compatibles con hongos y/o protozoarios. Se env6a muestra al centro nacional de referencia: rK39: Reactivo, frotis y cultivo: positivos. **Discusi6n:** Entre el 42-68% de los pacientes coinfectados (LV-VIH) presentan otras infecciones oportunistas que dificultan el diagn6stico. Las reca6das son altas en estos pacientes (10 al 56,5%), con una letalidad del 8,7-23,5% en Latinoam6rica. **Diagn6stico diferencial:** Malaria y LV, pueden presentar fiebre, malestar general y esplenomegalia. Histoplasmosis, manifestaciones similares en contexto de inmunosupresi6n. S6ndrome linfoproliferativo. Tuberculosis extra-pulmonar. **Conclusiones:** Solapamiento epidemiol6gico con infecci6n por VIH en zonas end6micas, donde puede comprometer 6rganos que habitualmente no se afectan. Enfatizamos que frente a pacientes con infecci6n por VIH y con recuento de CD4 menores a 200 c6l/ml, en contexto de s6ndrome febril prolongado y epidemiologia positiva para LV, debe sospecharse fuertemente como diagn6stico. **Palabras clave:** leishmaniasis visceral coinfecci6n VIH, VIH/SIDA.