

**CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPEUTICA
CASO CLINICO TERAPEUTICO SEMANAL 25 DE JUNIO DE 2020
ACTIVIDAD ACADEMICA**

Edad: 35 años
Estado civil: SOLTERO
Ocupación: Trabajo social
Acompañante: Sin acompañante
Informante: Paciente
Confiabilidad: Buena

Motivo de consulta: "No puedo comer"

Enfermedad actual: paciente masculino de 35 años con antecedente de infección por virus de inmunodeficiencia humana quien es remitido de clínica Shaio, donde inicialmente consulta por cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en dolor tipo ardor en región de epigastrio asociado e inapetencia, en dicha institución documentan por medio de endoscopia de vías digestivas altas candidiasis esofágica y úlceras esofágicas de probable origen viral, fue valorado por servicio de infectología quienes indicaron manejo con fluconazol endovenoso y trimetoprim sulfa para posterior inicio de terapia antirretroviral, sin embargo ante no convenio deciden remitir a la institución.

Antecedentes

Patológicos: Infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Farmacológicos: niega

Quirúrgicos: niega

Alérgicos: niega

Tóxicos: niega

Familiares: mamá y abuelos con hta.

Examen físico de ingreso:

TA 107/67 FC 103 FR 17 T 38.2 SO2 94%

paciente clínicamente estable, sin signos de dificultad respiratoria, febril, hidratado.

normocéfalo, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda sin visualización de lesiones, cuello móvil sin masas ni adenopatías, no ingurgitación yugular.

tórax simétrico normo-expansible, ruidos cardiacos taquicárdicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados.

abdomen con peristaltismo audible, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.

extremidades eutróficas, sin edemas, llenado capilar menor a dos segundos, pulsos distales palpables simétricos, no signos clínicos de tvp, no signos de radiculopatía, no alteración en arcos de movilidad.

neurologicamente estable, sin signos de alteración motor o sensitivo aparente, rot ++/++++, no alteración a la exploración de pares craneales (no se valora II par), no signos de focalización.

::: paraclínicos extrainstitucionales :::::

01/06/2020: CD4 82, CV VIH 14.100.000.

30/05/2020: VSG 61, leucos 7100, neu 76.8%, htc 27.8, hb 8.9, vcm 86.3, hcm 27.6, plaq 446000, crea 0.7, BUN 13, K 4.9, NA 127, PO no sugestivo de infeccion, gram de orina sin microorganismos, vsg 65, leucos 6700, neu 69.4%, htc 25.7, hb 7.9, vcm 87, hcm 27, plaq 397000. crea 0.8, bun 8.

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA:

- Candidiasis esofágica kodsi iii
- Úlceras esofágicas a estudio – sospecha etiología viral
- gastropatía corporoantral eritematosa con componente erosivo antral.
- pendiente reporte de biopsia.

Análisis: Paciente masculino de 35 años de edad remitido de Clínica Shaio, con antecedente de VIH sin manejo antirretroviral, quien viene en manejo con fluconazol + TMP SMX por candidiasis esofágica + sospecha de Pneumocystis . A su ingreso paciente febril, en regular estado general, diaforético, pálido, sin dificultad respiratoria , con adecuado llenado capilar distal. Se revisan paraclínicos extrainstitucionales evidenciando: Hemograma sin leucocitosis, sin neutrofilia, sin linfopenia, sin trombocitopenia, azoados normales con TFG de 94 ml/min y PCR positiva. Consideramos paciente con VIH con síndrome febril en estudio con sospecha de enfermedad fúngica invasora. Consideramos iniciar fluconazol 200 mg cada 12 horas para cándida esofágica y TMP SMX 200 mg cada 8 horas para Pneumocystis. Solicitamos gases arteriales para evaluar oxigenación, LDH, TACAR de tórax para evaluar parénquima pulmonar, antígeno urinario para histoplasma, IgG e IgM para citomegalovirus, toxoplasma y Epstein Barr. toma de hemocultivos institucionales.

Diagnósticos:

1. Infección por virus de inmunodeficiencia humana estadio C3
 - 1.1 Candidiasis esofágica
 - 1.2 Úlceras esofágicas de posible etiología viral
 - 1.3 Sospecha de Enfermedad fúngica invasora
2. Hiponatremia moderada
3. Anemia normocítica normocrómica

Plan:

- Fluconazol 200 mg cada 12 horas por 14 días
- Trimetoprim sulfametoxazol 1 mg/kg día (200 mg cada 8 horas)
- SS/ Gases arteriales, LDH, TAC de tórax, antígeno urinario para histoplasma, IgG e IgM para citomegalovirus, toxoplasma y Epstein Barr, y hemocultivos.

05 JUNIO 20202 – MEDICINA INTERNA

Paraclínicos

05-06-2020

- Hemograma: Leucos 7220 N 5240 L 1430 HB 7.6 HTC 23 PQL 303.000
- Electrolitos: K 4.7
- Función renal: Cr 0.92 BUN 7.3
- Función hepática: ALT 62 AST 77
- PCR 13

06-06-2020

Fosfatasa alcalina: 406

Se encuentran transaminasas elevadas, muy probablemente al uso de fluconazol, por lo que es valorado por farmacología clínica quien recomienda control cada 72 horas de la función hepática y en dado caso de ser 5 veces por encima del rango normal se debe realizar ajustes de terapia. Tiene pendiente genexpert MTB RIF.

07/06/2020

Antígeno Cryptococcus: Negativo

ALT: 62.3, AST: 57.3

09/06/2020

- Perfil hepático: ALT 71 AST 60

- Electrolitos: Potasio 5.14 Na 130

En contexto de síndrome febril, asociado a candidiasis esofágica, pneumocystosis pulmonar leve y en quien se descartó TB pulmonar; en manejo con fluconazol y TMP SMX día 8. Con nuevo pico febril en horas de la noche, cursa con hiperkalemia probablemente asociada al uso de TMP SMX, por concepto de farmacología clínica, se realiza cambio de LR a SSN 0.9% y se ajusta dosis de TMP SMX a 10 mg/kg día (160 mg TMP cada 8 horas)

10-05-2020

- Electrolitos K 4,82, Cla 91 Na 125

- Azoados: BUN 8.4 Cr

10 jun 2020 - NOTA COMITÉ DE INFECCIONES: Paciente de 35 años de edad, con diagnósticos descritos. se comenta con infectología, considerando ante cuadro clínico del paciente y compromiso asociado, cursa con posible infección invasiva por citomegalovirus asociado a candidiasis esofágica, pneumocystis pulmonar leve. se sugiere manejo con ganciclovir iv ante poca tolerancia a la vía oral del paciente. Adicional toma de carga viral para cmv. continuar cubrimiento antibiótico. Seguimiento de imágenes solicitadas: tac de senos paranasales, tac pulmonar, tac de abdomen y eco tt. Igual manejo por servicio tratante y seguimiento por nuestro servicio.

09-06-2020

- Eco TT: Función sistodiastólica biventricular normal. fevi 65%, función diastólica normal. Derrame pericárdico de aproximadamente 250 ml, con leve indentación de aurícula derecha menor del 10%. Sin evidencia de masas, trombos o vegetaciones o cortocircuitos a través de este método.

- TAC de tórax Nódulo con halo de vidrio esmerilado . posible pneumocystis. Lesiones quísticas y enfermedad de vía aérea pequeña.

- TAC de abdomen Reportada como normal

- TAC de senos paranasales Reportado como normal

14 jun 2020 - nuevo pico febril en horas de la madrugada. Paciente persiste con fiebre paroxísticas, ecocardiograma descarta endocarditis. En manejo con ganciclovir por sospecha de CMV. Pendiente antígeno de histoplasma en orina, anticuerpos para Epstein

barr y hemocultivos para hongos bajo la sospecha de posible *Candida* resistente a fluconazol. En control de función hepática

13 junio 2020 – MEDICINA INTERNA

En manejo con fluconazol y TMP SMX día 12. El día de ayer se documentó bacteriemia por BGN por lo que se inicia cefepima 2 g cada 8 horas Día 1. Paciente sin nuevos picos febriles en las últimas 24 horas. Con hemograma con anemia microcítica hipocrómica, azoados, electrolitos y perfil hepático estables; PCR pendiente. Por el momento se continua cubrimiento antimicrobiano de amplio espectro y según cultivos se definirán conductas adicionales.

Plan

Fluconazol IV 200 mg IV cada 12 horas FI 01-06-2020 Día 12 de 14

TMP SMX VO 160 mg cada 8 horas (10 mg/kg/día) FI 01-06-2020 Día 12 de 21

Cefepima 2 g cada 8 horas FI 12-06-2020 Día 1

Enoxaparina SC 40 mg día

17 JUNIO 2020 – MEDICINA INTERNA

Candidiasis esofágica tratada, pneumocystosis pulmonar leve y en quien se descartó TB pulmonar; en manejo con TMP SMX día 16. Cursa con bacteriemia por *K. pneumoniae* sensible a inhibidores por lo que se inicia Ampicilina sulbactam Día 5 (Contando días efectivos del cefepime). PCR de control en descenso de más del 50% respecto a previas. Valorado por servicio de oftalmología quienes considera posible retinopatía hemorrágica isquémica severa de ojo derecho muy probablemente por CMV y que requiere protocolo de neuroinfección, por lo que se inicia ganciclovir 5 mg /kg cada 12 horas por 14 días como terapia de inducción. Continúa TMP SMX y ampicilina sulbactam, este último a completar 10 días, no requiere ajustes de dosificación,

24 JUNIO 2020 – MEDICINA INTERNA

hospitalizado por cuadro de candidiasis esofágica y pneumocystosis pulmonar leve tratadas, TBC descartada y bacteremia por *K. pneumoniae* sensible tratada con ampicilina sulbactam. Actualmente cursa con retinitis hemorrágica isquémica por CMV para lo cual viene en terapia de inducción con ganciclovir hoy día 7.

Se encuentra estable, con signos vitales dentro de rangos normales, no ha presentado picos febriles desde hace 5 días. Histoplasma negativo, epstein barr negativo y carga viral para citomegalovirus pendiente. Paraclínicos de control con azoados conservados, hiponatremia leve en mejora y hemograma con leucopenia, linfopenia, anemia. Consideramos optimizar niveles de hemoglobina ya que el uso de ganciclovir y TM SMX, está asociado con su disminución por lo que se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos. Valoración por farmacología posibles ajustes en la terapia dado que requiere aún 7 días adicionales de inducción y continuar mantenimiento con valaciclovir, el cual tiene también descrito hematotoxicidad.

- Leucos 2720 N 1540 L 950 HB 6.8 HTC 22% PQL 278.000

- Azoados. Cr 0.79, BUN 14.9

- Electrolitos Na 134, Cl 100 K 4.61

25-06-2020

- Hemograma Leucos 2470 N 1350 L 860 HB 9.5 HTC 29% PQL 286.000

30 JUNIO 2020

Paciente continua hospitalizado con diagnosticos:

1. Infección por virus de inmunodeficiencia humana, estadio C3
2. Candidiasis esofágica tratada
3. Pneumocystis pulmonar leve tratada
4. TBC descartada
5. Sospecha de Enfermedad fúngica invasora- Histoplasmosis pulmonar descartada
6. Infección por citomegalovirus, en manejo con ganciclovir Día 13 de 14 como terapia de inducción.
7. Bacteriemia por bacilos gram negativos - Aislamiento de K pneumoniae patrón usual tratado.
8. Retinitis hemorrágica isquémica por CMV en manejo.
9. Hiponatremia asintomática.
10. Anemia normocítica normocrómica + linfopenia.
11. Toxicidad hemática por ganciclovir.
12. Desnutrición proteico-calórica aguda severa en soporte metabólico

Sin deterioro en la función renal, pero con hematotoxicidad por ganciclovir, comité de infecciones e infectólogo indican iniciar factores estimulantes de colonias. pegfilgrastim 1 dosis única de 6 mg subcutánea y según evolución definir egreso con valaciclovir y nueva dosis del mismo de manera ambulatoria.

Nos encontramos en desabastecimiento de azitromicina por lo cual no disponemos de la misma para profilaxis en paciente con VIH,

Paraclínicos

30-06-2020

- Leucos 2340 N 890 L 1180 HB 9.6, HTC 30.1% PQL 275.000

**SE HACE LA CORRELACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO
CONJUNTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN VIH – SIDA**