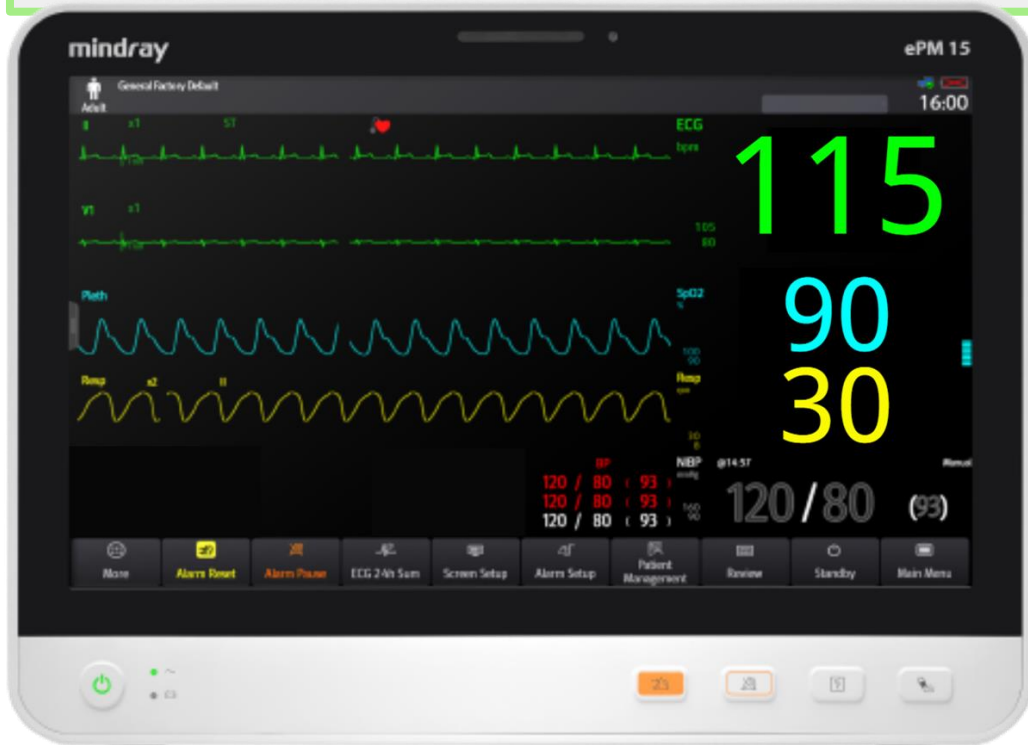


Caso problema - Enfermedades marcadoras de Sida

CASO CLÍNICO 1

Paciente masculino de 30 años con diagnóstico de HIV hace 10 años que consulta a la guardia por disnea, tos seca y fiebre de 5 días de evolución.



¿Qué estudios le haría al paciente?

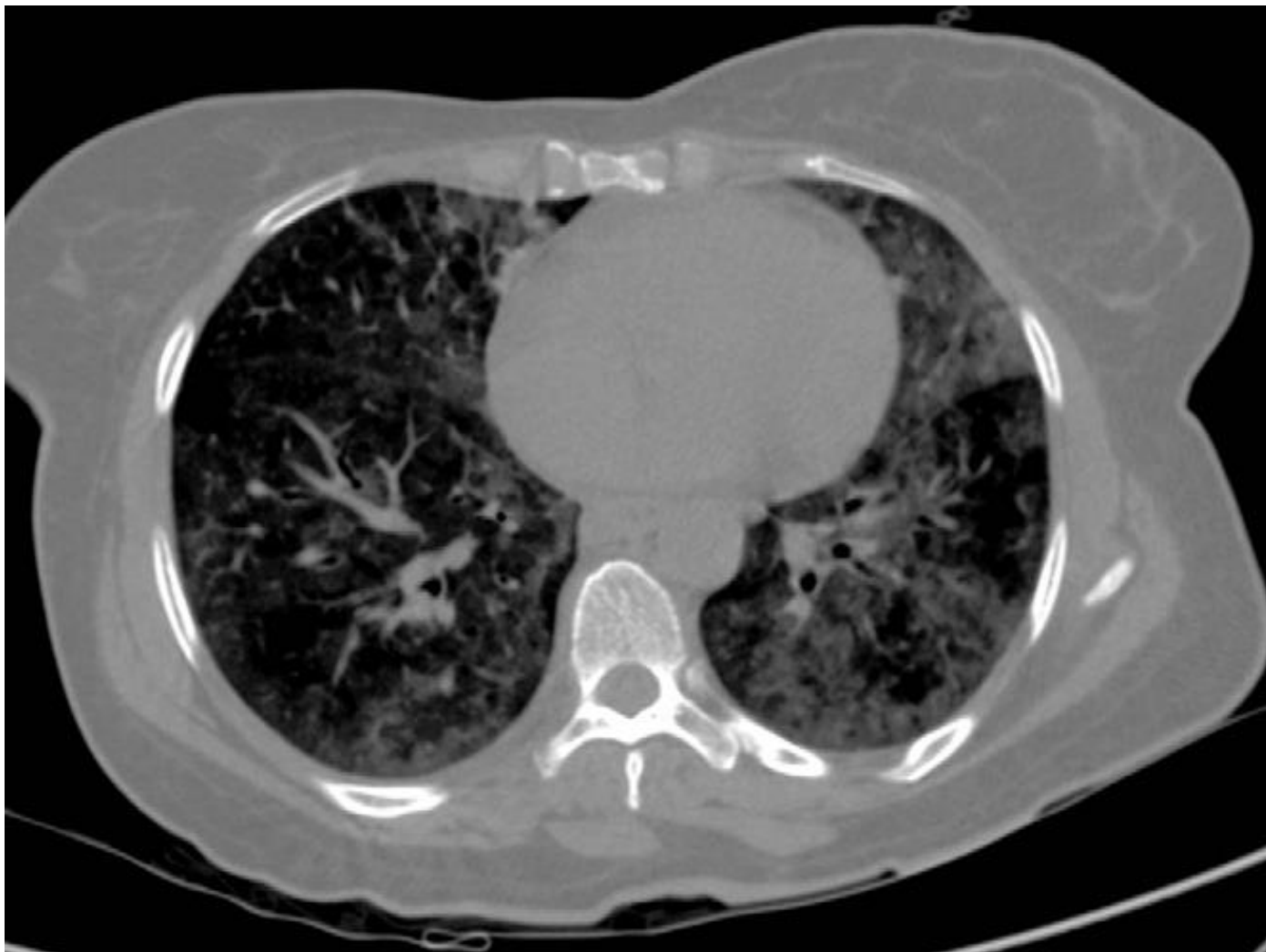
- Imagen de tórax (Rx/Tc)
- Hemograma
- Función renal (Urea y Creatinina)
- EAB
- LDH
- Eritrosedimentación
- Rto. CD4
- ELISA HIV

El paciente se interna para diagnóstico y tratamiento

Hemograma:

Hemoglobina	13,8 g/dl	12,0-16,0
Hematocrito	40,3 %	36,0-46,0
Leucocitos	3,4 mil/ul	4,5-11,0
Neutrófilos Cay.	0 %	
Neutrófilos Seg.	70 %	
Eosinófilos	5 %	
Basófilos	0 %	
Linfocitos	12 %	
Monocitos	13 %	
CD4	120 cel/mm ³	

ELISA HIV 1-2: Reactivo



Tc Tórax: Se observan infiltrados intersticiales en “vidrio esmerilado” en ambos campos pulmonares.

¿Con estos datos podemos arribar a algún diagnóstico?

¿?

¿De cuáles agentes etiológicos sospecha?

¿?

¿Qué muestra usamos para el diagnóstico de certeza?



¿Esputo?



¿BAL?

De elección



¿Esputo Inducido?

S: 10-97%

¿Qué método diagnóstico considera aplicar en este caso?

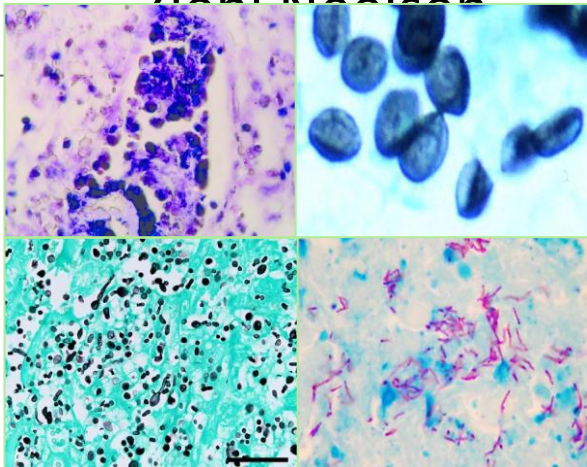
¿Qué técnicas considera adecuadas para lograr el Dx?



Directo

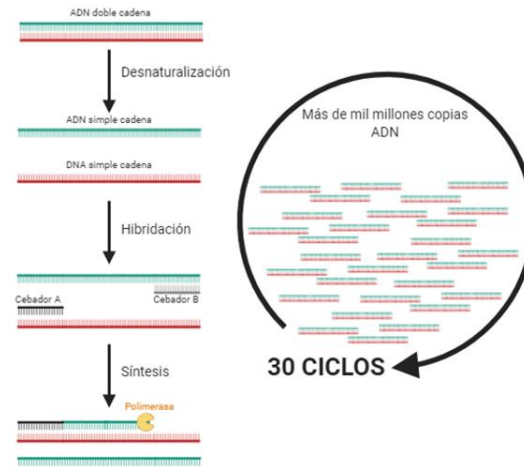
Tinciones

- Giemsa
- Azul de Toluidina
- Grocott
- Calcoflúor
- Gram



VS

PCR



Indirecto

IFD

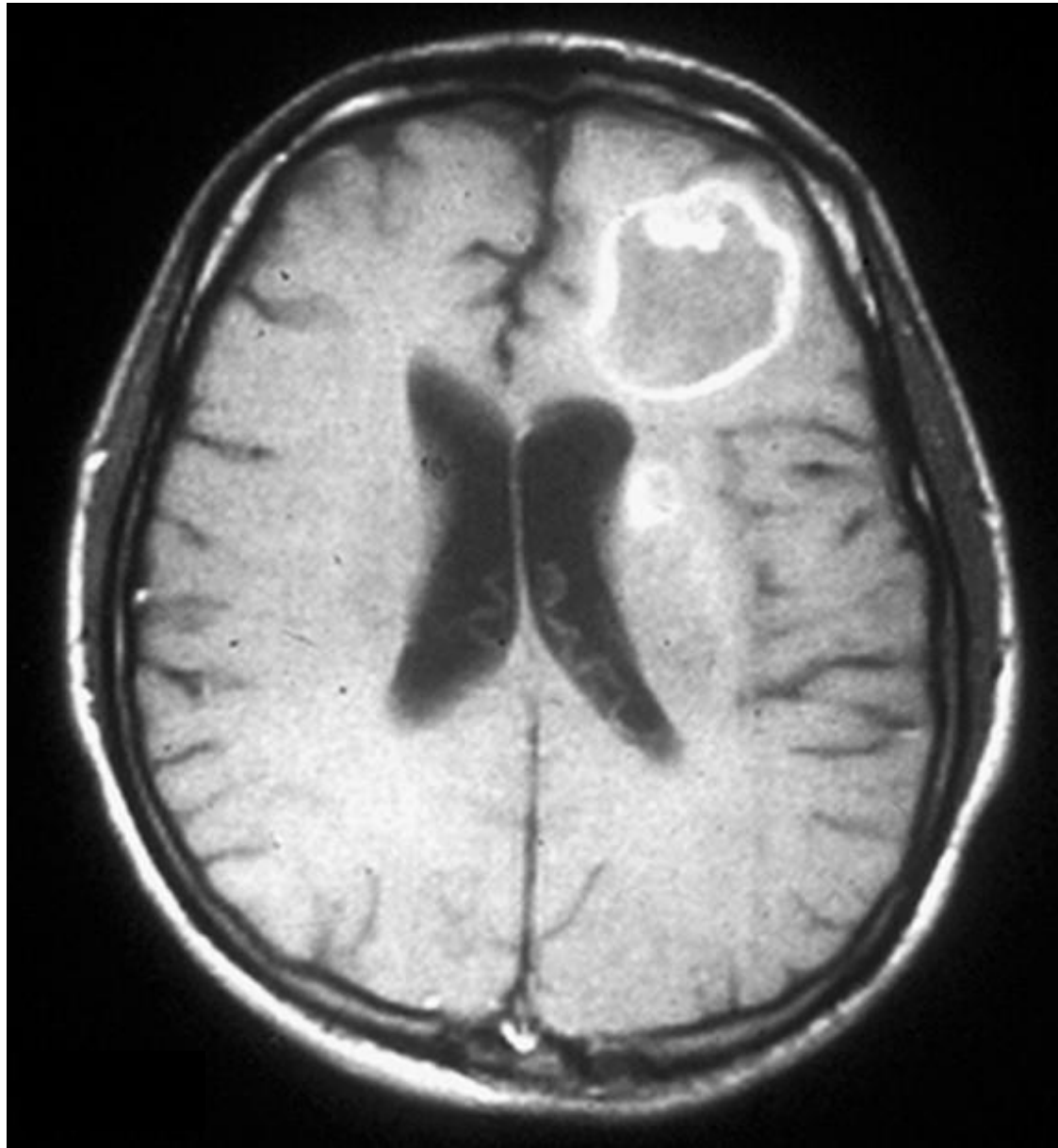


CASO CLÍNICO 2

Años después, el mismo paciente es traído al servicio de guardia por presentar deterioro del estado de conciencia (Escala de Glasgow: 11/15), fiebre, cefalea, bradicardia, hipertensión arterial y depresión respiratoria.

Escala de coma de Glasgow

<u>Respuesta motriz</u>	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexiona al dolor (decorticación)	3
Extiende al dolor (descerebración)	2
Sin respuesta	1
<u>Apertura ocular</u>	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
<u>Respuesta verbal</u>	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1



RMN Cerebro: Se observan lesiones de tipo sólidas con realce perilesional de ubicación frontal izq. y de los ganglios basales izq. con desviación de la línea media. Sin signos de isquemia ni hemorragia. Borramiento de surcos.

¿Qué causas sospechamos?

INFECCIOSAS

VS

NO INFECCIOSAS

TOXOPLASMOSIS

- Chagas
- Hidatidosis
- Neurocisticercosis
- Absceso

- Linfoma
- Otras neoplasias
- Hemorragia
- Isquemia

¿Cómo realizamos el diagnóstico etiológico?

- **Serología para T. gondii IgG**
- Serología para T. cruzi (2 técnicas distintas)
- Biopsia para linfoma.

Nota: La serología para T. gondii y las características del LCR (de poder ser obtenido) son muy inespecíficas, el tratamiento es empírico y la buena o mala evolución del paciente acerca o aleja el diagnóstico etiológico.

Tto. Empírico: Pirimetamina + Sulfadiazina + Leucovorina