

Ruta Diagnóstica

Guía breve para el manejo de las infecciones oportunistas del paciente adulto y adolescente con VIH/sida

María Paz León-Bratti

La infección por VIH continúa en aumento en el mundo y en nuestro país, a pesar de ser una enfermedad prevenible. En nuestro medio existen cerca de 4500 individuos infectados por VIH que se encuentran en control y seguimiento en las clínicas de VIH de la CCSS (datos de la Comisión Clínica de VIH-CCSS). La gran mayoría de estos pacientes se encuentran recibiendo terapia antirretroviral, con excelente control de su enfermedad. Sin embargo, a pesar de que este es un tratamiento disponible en nuestra seguridad social para todos lo que lo necesitan, la mayoría de los infectados siguen siendo diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, cuando se presentan con infecciones oportunistas que ponen en riesgo su vida. Esta pequeña guía terapéutica presenta la recomendación actual de manejo para las infecciones oportunistas que con mayor frecuencia presentan los pacientes con infección por VIH avanzada en nuestro medio.

1. *Candidiasis spp*

- Candida oral: Fluconazol 100-200 mg/día x 7 días
- Candida esofágica: se manifiesta como dolor retroesternal difuso, disfagia u odinofagia, usualmente sin fiebre. Generalmente se asocia con lesiones orales y $CD4 < 100$ células/mm³.
Tx: fluconazol 100-400 mg/día po o IV por 14-21 días
- Vaginitis: ardor y prurito local asociado a leucorrea blanco-amarillenta
Tx: azoles intravaginales 3-7 días. Alternativa: fluconazol 150-200 mg po una dosis.

2. *Cryptococcus neoformans*

- Puerto de entrada es pulmón, muchos hacen neumonitis, generalmente subclínica. La presentación usual es meningitis subaguda con fiebre, cefalea y malestar general. Se asocia con $CD4 < 100$ céls/mm³.
Dx: antígeno criptococo en LCR.
- Meningitis: Tx: inducción anfotericina B 0,7 mg/Kg/día + fluconazol 400 mg/día po x 2 semanas; consolidación fluconazol 400 mg/d po x 8 sems; mantenimiento fluconazol 200 mg x día. Si hay presión intracraneal elevada: punción lumbar evacuativa hasta que la presión disminuya en un 50%.
- Pulmonar o diseminada: fluconazol 200-400 mg por día, hasta lograr reconstitución inmunológica.

3. *Citomegalovirus*

- Retinitis: puede ser asintomática o presentar con flotadores, defectos visuales, escotomas o AV. Se asocia a $CD4 < 50$ céls/mm³.
Tx: lesión que amenaza visión implante ocular de ganciclovir cada 6-8 meses + Valganciclovir 900 mg po bid x 14-21 días. Alternativo: ganciclovir 5 mg/Kg IV q12h x 14-21 días, luego valganciclovir 900 mg d

- Extraocular-gastrointestinal: esofagitis, colitis, hepatitis
Tx Valganciclovir 900 mg po bid con comida x 3-4 sems; alternativa ganciclovir 5 mg/Kg IV bid 3-4sem
- Neurológica: demencia, ventrículo-encefalitis, poliradiculomiopatía ascendente. Dx PCR (carga viral) CMV en LCR.
Tx: ganciclovir 5 mg/Kg IV q12h (+ foscarnet 90 mg/kg IV bid hasta que síntomas mejoren). 3-6 sems
- Neumonitis: fiebre, tos, disnea + infiltrados intersticiales, se deben descartar otros patógenos y realizar biopsia de pulmón.
Tx: ganciclovir 5 mg/Kg IV q12h x 21 días

4. *Entamoeba histolytica*

- Heces siempre muestran sangre en la enfermedad invasiva, pero leucos no son frecuentes.
Tx: metronidazol 500-750 mg q8h po o IV x 7-10 días.

5. *Herpes virus (HSV)*

- Oral o genital Presentación, diagnóstico y manejo similar al de un paciente inmunocompetente.
Tx: aciclovir 400 mg tid x 5-14 días; alternativas valaciclovir 1g bid x 5-14 d
- HSV encefalitis: aciclovir 10 mg/Kg q8h IV x 21 días

6. *Herpes Zoster*

- El 95% de los adultos sanos son seropositivos y el 15% desarrollan herpes zoster, en VIH el riesgo es 15 veces mayor.
- Dermatoma: aciclovir 800 mg po 5x/d. Alternativa valaciclovir 1 g tid por 7-10 ds
- Enf cutánea servera o visceral: aciclovir 10 mg/Kg q8h IV seguido de Tx oral

7. *Histoplasma capsulatum*

- Pacientes con CD4 >300/mm³ suelen tener enfermedad pulmonar; con CD4 <150/mm³ suelen tener presentación diseminada.
- Enfermedad moderada a severa o meningitis: Anfotericina B 0,7 mg/Kg/d. Mantenimiento: itraconazol 200 mg po tid x 3 días luego 200 mg bid x 6-12 meses
- Enfermedad diseminada menos severa: itraconazol 200 mg po tid x 3 días luego 200 mg bid x 6-12 meses

8. *Isospora belli*

- Presentación: diarrea acuosa ± fiebre, dolor abdominal, vómito. Se asocia con CD4 < 50
- Tx TMP-SMX 160/800 mg bid x 10 días. Alternativas: pirimetamina 50-75 mg/d + leucovorina 15mg x 5-10 d; ciprofloxacina 500 mg bid x 10d.

9. *Mycobacterium avium Complex*

- Presentación: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, diarrea y dolor abd con CD4 <50/mm³
Tx: claritromicina 500 mg bid po + etambutol 15 mg/Kg/d po 3^{er} droga alternativa: levofloxacina, ciprofloxacina, estreptomocina, amikacina.

10. *Mycobacterium tuberculosis*

- Se debe iniciar tratamiento tan pronto se establezca sospecha mientras llegan los resultados. Tx igual que en los pacientes no VIH+
- Si peso > 55 Kg INH 300 mg + RIF 600 mg + PZA 1500 mg + EMB 1200 mg por día x 2-3 meses
- Si peso < 55 Kg INH 300 mg + RIF 600 mg + PZA 1000 mg + EMB 800 mg por día x 2-3 meses
Consolidación: INH 300 + RIF 600 mg x d x 4-6 meses
Al iniciar terapia antirretroviral se puede presentar el síndrome de reconstitución inmunológica.

11. *Pneumocystis jirovecii*

- PCP: neumonía, inicio subagudo y progresivo de disnea de ejercicio, tos no productiva, fiebre y dolor torácico. Al EF fiebre, taquicardia y taquipnea, pocos ruidos pulmonares agregados.
Lab: hipoxemia, con gradiente AA reducido, DHL mayor de 500, Rx torax infiltrado intersticial simétrico bilateral. Neumotórax son frecuentes.
- Tx enfermedad moderada a severa: TMP 15-20 mg/Kg/día + SMX 75-100 mg/Kg/d po o IV dividido en 3-4 dosis
- i. Si PaO₂ < 70 mmHg prednisona 40 mg po bid x 5 días, 40 mg po qd x 5 ds, 20 mg po qd x 10 d
- ii. Clindamicina 600-900 mg IV q6-8 hs x 21 ds

- Enfermedad leve a moderada: TMP 15-20 mg/Kg/día + SMX 75-100 mg/Kg/d po o IV dividido en 3-4 dosis
- Prevención 1° y 2°: si CD4 <200 o portador sintomático: TMP-SMX 160/800 mg x día. Alternativa: TMP-SMX 160/800 mg L-M-V o Dapsona 100 mg po qd.

12. *Toxoplasma gondii*

- Generalmente es reactivación de quistes latentes en pacientes con CD4 <100. Presentación clínica usual es con fiebre, cefalea, confusión o déficits neurológicos
- Tx: pirimetamina 200 mg po x 1, luego 50 mg (<60Kg) o 75 mg (>60 Kg) + sulfadiazina 1000 mg + ácido fólico 15 mg qd po x 14-21 ds
- Alternativas: Pirimetamina/leucovorina = + TMP/SMX (5 mg/Kg TMP) po bid
Pirimetamina/leucovorina = + clindamicina 600 mg IV q6h
➔ Si hay hipertensión endocraneada se debe manejar con medidas anti-edema (manitol y esteroides).
- Mantenimiento: pirimetamina 25-50 mg po qd + leucovorina 15 mg qd + TMP/SMX o sulfadiazina

14. *Treponema pallidum*

- Sífilis primaria, secundaria o latente temprana: penicilina benzatínica 2,4 Mill U IM x sem x 3 sems

13. *Diarrea*

- Causa más frecuente bacteriana, luego parasitaria y gérmenes oportunistas.
- Tx empírico: TMP-SMX 160/800 mg po hs + metronidazol 500 mg IV o po q 8h x 7 días. Si hay recaída a la suspensión, dar x 7 ds más.
- Gérmnes específicos
Isospora belli, ciclospora, salmonella, shigella
TMP-SMX 160/800 mg q 8-6 hs x 10 d.
E. coli: ciprofloxacina 500 mg q12 hs x 7 ds.
Strongyloides, microsporidia: albendazol 400 mg qd x 3 ds.

15. *Vacunas*

- Pneumo 23: tan cerca del diagnóstico como sea posible y a los 5 años.
- Virus influenza: una vez al año (se recomienda en enero-febrero).
- Hepatitis B: si serología negativa, colocar esquema completo.
- DT: cada 10 años.
- Vacunas microorganismos vivos atenuados, no se deben colocar hasta que no se conozca la condición inmunológica del paciente

Referencias

- Bartlett JG, Gallant JE, Pham PA. Medical management of HIV infection 2009-2010. (15ed) Knowledge source solutions. Durham. 2009
- MMWR 2006; 55:16-21
- 2008 NIH/CDC/IDSA guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents- <http://AIDSinfo.nih.gov>
- CID 2001; 32:331
- NEJM 2004; 350:2487.
- Curr Opin Infect Dis 2008;21:31

División de Inmunología, Hospital México
Correspondencia: Clínica VIH/sida Hospital México;
Laboratorio de Inmunología.
Tels: 2242-6717 / 2242-6791. Fax: 2296-8622. Email:
divisioninmunologia.hm@gmail.com; inmunohm@ccss.sa.cr