

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Presentación inusual

Turri Giancarlo  0009-0008-3308-610X, *Méndez Edgar*  0009-0003-7081-8596, *Sansonetti Gabriella*  0009-0009-4083-8821, *Patiño Daniel*  0009-0009-4627-0798, *Flora David*  0000-0001-8153-4458

Recibido: 1 de septiembre de 2025

Aceptado: 16 de noviembre de 2025

RESUMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es consecuencia de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que genera inmunosupresión y consecuentes enfermedades oportunistas. Se presenta caso de paciente masculino de 44 años sin antecedentes patológicos, quien presenta súbitamente cefalea, letargo, hemiparesia izquierda y disartria de 48 horas de evolución, siendo ingresado al Hospital Universitario de Caracas, donde se obtiene neuroimagen característica de encefalitis toxoplásmica, diagnóstico confirmado por punción lumbar y serología de líquido cefalorraquídeo. VIH confirmado mediante ELISA de 4° generación. Inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol, presentando evolución neurológica tórpida dada por somnolencia progresiva y estrabismo convergente izquierdo; se realiza nueva punción lumbar con criterios de sospecha de meningitis tuberculosa dado por hipogluorraquia (32 mg/dl), hiperproteorraquia (187 mg/dl) y prueba de Adenosín Deaminasa (ADA) positiva (34 UI/L). Inicia tratamiento de 4 drogas (rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol) con respuesta inicial favorable; siendo egresado. A los 15 días inicia terapia antirretroviral, presentando 2 semanas después epigastralgia y pancitopenia. Acude a centro asistencial, donde se sospechó Síndrome Inflamatorio de Reconstitución Inmune

(SIRI), gastritis y pancitopenia medicamentosa/infecciosa, concomitante candidiasis oro-faríngea. Se realizó biopsia/aspirado de médula ósea, resultando PCR positiva para citomegalovirus, indicándose endoscopia digestiva superior que evidenció esofagitis por *Candida*, metaplasia esofágica y gastropatía de cuerpo, antro y duodeno; inició terapia con valganciclovir vía intravenosa. Este caso resalta la importancia de la detección temprana y el tratamiento adecuado de las enfermedades oportunistas en pacientes inmunocomprometidos. La rápida identificación de la encefalitis toxoplásmica y la sospecha de meningitis tuberculosa, junto con tratamiento oportuno, fueron cruciales para la recuperación del paciente.

Palabras clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; encefalitis; toxoplasmosis; tuberculosis meníngea; citomegalovirus; punción espinal; diagnóstico.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a consequence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, leading to immunosuppression and subsequent opportunistic diseases. We present the case of a 44-year-old male patient with no significant past medical history, who suddenly developed headache, lethargy, left hemiparesis, and dysarthria over 48 hours. He was admitted to the Hospital Universitario de Caracas, where neuroimaging characteristic of toxoplasmic encephalitis was obtained, a diagnosis confirmed by lumbar puncture and cerebrospinal fluid serology. HIV infection was confirmed by 4th-generation ELISA. Treatment with trimethoprim/sulfamethoxazole

* Correo: giancarloturri@gmail.com
* Universidad central de Venezuela. Caracas, Venezuela

was initiated, but the patient exhibited a torpid neurological course characterized by progressive somnolence and left convergent strabismus. A new lumbar puncture revealed suspicious criteria for tuberculous meningitis, including hypoglycorrhachia (32 mg/dl), hyperproteinorrhachia (187 mg/dl), and a positive Adenosine Deaminase (ADA) test (34 UI/L). He started a four-drug regimen (rifampicin/isoniazid/pyrazinamide/ethambutol) with an initial favorable response and was discharged. Fifteen days later, antiretroviral therapy was initiated, and two weeks subsequently, he developed epigastralgia and pancytopenia. He presented to a healthcare center where Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS), gastritis, and drug-induced/infectious pancytopenia, along with concomitant oral-pharyngeal candidiasis, were suspected. Bone marrow biopsy/aspirate showed positive PCR for cytomegalovirus, leading to an upper gastrointestinal endoscopy, which evidenced *Candida* esophagitis, esophageal metaplasia, and gastropathy gastric body, antrum, and duodenum. Intravenous valganciclovir therapy was initiated. This case highlights the importance of early detection and appropriate treatment of opportunistic diseases in immunocompromised patients. The rapid identification of toxoplasmic encephalitis and the suspicion of tuberculous meningitis, along with timely treatment, were crucial for the patient's recovery.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome; encephalitis; toxoplasmosis; tuberculous meningitis; cytomegalovirus; spinal puncture; diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) es un virus que invade las células TCD4+ del sistema inmune, lo que puede llevar a enfermedades graves y eventualmente al SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A finales de 2022, se estimó que 39 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH. De estas, 29.8 millones (76%) estaban en tratamiento antirretroviral y casi tres cuartas partes (71%) habían alcanzado la supresión viral.¹ Es importante destacar que si una persona es diagnosticada temprano

y cumple a cabalidad el tratamiento antirretroviral, su esperanza de vida y su salud pueden similares a las de una persona no infectada.²

La morbilidad y mortalidad asociadas al VIH/SIDA son significativas. Se estima que la neuroinfección más frecuente es la meningoencefalitis debida a toxoplasma, con 56.5% del total de pacientes, mientras que la morbilidad predominante es la tuberculosis con 33.7%.^{3,4,5} La encefalitis toxoplásmica, una infección parasitaria causada por *Toxoplasma gondii*, se caracteriza por síntomas neurológicos y puede tener un desenlace fatal.³ Por otro lado, la meningitis tuberculosa, una forma grave de tuberculosis que afecta las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, presenta desafíos específicos en términos de diagnóstico y tratamiento en pacientes con VIH/SIDA.^{3,4}

La coinfección con citomegalovirus (CMV) es relevante y puede tener graves consecuencias, especialmente en aquellos con deterioro inmunológico avanzado, pudiendo manifestarse en diversas formas clínicas, incluyendo gastritis y otras infecciones gastrointestinales.^{4,5,6} Este caso clínico ilustra de manera elocuente la compleja naturaleza y los desafíos asociados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, especialmente cuando se enfrentan a complicaciones como la encefalitis toxoplásmica, la meningitis tuberculosa y coinfecciones como el citomegalovirus.

Presentación del caso

Paciente masculino de 44 años de edad, procedente de Caracas, estado Miranda, sin antecedentes patológicos conocidos, presenta cefalea de aparición súbita, concomitante astenia e hiporexia. Posteriormente se asocia disminución del estado de conciencia, desorientación témporo-espacial, hemiparesia izquierda y disartria de 48 horas de evolución como principales manifestaciones clínicas, motivo por el cual el paciente acude a médico quien indica la realización de paraclínicos.

Se realiza Tomografía Computarizada cerebral (Figura 1) evidenciando múltiples imágenes hipointensas redondeadas, localizadas en región frontal, parietal y occipital, con escaso edema

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. PRESENTACIÓN INUSUAL

perilesional y sin desplazamiento de la línea media. Se realiza una punción lumbar y se lleva a cabo serología para toxoplasmosis del líquido cerebroespinal (LCE) que indica IgG de 19,370 UI/mL (positivo: > 8), e IgM de 0,090 UI/mL (Negativo: $< 0,5$) para *Toxoplasma gondii*⁷ y prueba de látex de *Cryptococcus* spp negativa.⁷ Así mismo, se realiza un estudio químico de la muestra de LCE, observando una hipoglucorraquia de 32 mg/dl (50,0 - 70,0). Posteriormente se toma muestra de sangre periférica y también se le realiza serología para Toxoplasmosis que indica IgG de 261,300 UI/mL (positivo: > 8), e IgM de 0,330 UI/mL (Negativo: 0,000 - 0,550).

Se realiza prueba rápida de VIH reactiva, motivo por el cual es referido al Hospital Universitario de Caracas donde fue ingresado y atendido en el servicio de Medicina Interna II. Durante su estancia hospitalaria, se realiza una resonancia magnética cerebral con contraste que indica la presencia de múltiples lesiones subcorticales con realce en anillo de sello bilaterales, con importante edema perilesional (Figura 2), hallazgo característico de infección por *Toxoplasma gondii*.⁷ Se procedió a realizar un conteo de CD4 mediante inmunofenotipaje linfocitario por citometría y determinación de carga viral de VIH mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), obteniendo como resultados 106 cl/mm³ y 546.000 copias de ARN/ml respectivamente, confirmando el diagnóstico de VIH/SIDA estadio C3.⁸

Debido a esta razón, sumado a la hipoglucorraquia observada en el estudio químico del LCE, se sospecha de una posible infección diseminada al Sistema Nervioso Central (SNC) causada por *Mycobacterium tuberculosis*,⁷ por lo que se procedió a realizar una prueba de adenosina deaminasa (ADA) que resultó en 34 UI/L (positivo: > 10), estableciendo un diagnóstico probable de Tuberculosis meníngea, sin embargo, no fue posible en ese momento la realización de PCR para *Mycobacterium tuberculosis* en líquido cerebroespinal. Para su confirmación, se procedió a tomar una muestra de médula ósea para realizar un cultivo, que indicó ser positivo al observarse el crecimiento de bacilos ácido resistentes a los 33 días de

incubación, confirmando el diagnóstico de esta infección oportunista.

Se administró Trimetoprim-sulfametoxazol en ampollas (160/800 mg respectivamente) 5mg/Kg, 3 ampollas cada 12 horas por vía endovenosa durante 10 días, para el tratamiento de la encefalitis toxoplásmica. También se administró tratamiento de primera línea para la tuberculosis combinado (Isoniazida 300 mg, Rifampicina 600 mg, Pirazinamida 1200 mg y Etambutol 2000 mg), 5 tabletas vía oral, una vez al día por 27 semanas. Posterior a este tratamiento, el paciente acude al servicio de Medicina Interna II nuevamente para comenzar con la terapia antirretroviral (TARV), administrando Acriptega (50 mg de Dolutegravir, 300mg de Lamivudina y 300 mg de Tenofovir-disoproxil fumarato) 1 tableta vía oral, cada día aunados a dosis extra de Dolutegravir 50 mg, 1 tableta vía oral, cada día por interacción medicamentosa con Rifampicina.⁸

Sin embargo, 2 semanas después de haber comenzado TARV, el paciente presentó epigastralgia de fuerte intensidad por lo que acudió a un centro médico privado. Se indicaron exámenes de laboratorio y se demostró la presencia de una pancitopenia al presentar: glóbulos blancos 3280 cel/mm³; plaquetas 161 x10³uL; hematocrito 29,3% y hemoglobina 9,8 g/dL. Por consiguiente, se planteó un Síndrome de Reconstitución Inmune (SIRI) como consecuencia de la infección por VIH/SIDA en TARV, y se plantean a su vez diferentes diagnósticos diferenciales para el cuadro clínico, presentado: gastritis medicamentosa vs. gastritis por citomegalovirus como posibles causas de la epigastralgia y pancitopenia medicamentosa secundaria al tratamiento por trimetoprim-sulfametoxazol vs. pancitopenia de origen infeccioso (citomegalovirus vs histoplasmosis).

Debido a limitaciones administrativas, el paciente es referido nuevamente al Hospital Universitario de Caracas, donde se realiza endoscopia digestiva superior que reporta esofagitis, metaplasia intestinal en esófago, gastropatía nodular de cuerpo, gastropatía congestiva y erosiva de antro y duodenopatía erosiva, tomando muestras de

la mucosa del esófago, estómago y duodeno, la anatomía patológica revela esofagitis por *Candida krusei*, gastritis, atipias glandulares reactivas y fibrosis de corion. Adicionalmente en vista de pancitopenia, se realiza biopsia y aspirado de médula ósea, solicitando PCR para CMV, siendo positiva; por lo que se indica Ganciclovir vía endovenosa, 1000 mg cada 12 horas por 21 días y posteriormente Valganciclovir 900 mg vía oral cada 12 horas por 34 días.

Durante la hospitalización, el paciente presenta hepatoesplenomegalia atribuible a reactivación de infección por citomegalovirus, además, se evidenció inicio de elevación significativa de aminotransferasas observando: TGO 44 UI/L y TGP 108 UI/L, por lo que se sospechó también hepatopatía causada por fármacos anti-Tuberculosis (anti TB) que no respondió de manera satisfactoria a ajuste terapéutico ni terapia fraccionada. A su vez, se descartó la posibilidad de hepatitis viral aguda a través de serologías de hepatitis B y C, realizadas previamente, que resultaron negativas. Por consiguiente, fue necesario cambio de tratamiento anti TB a segunda línea: Levofloxacina 750 mg una vez al día vía oral, Etambutol 1200 mg una vez al día vía oral, Linezolid 600 mg orden diaria vía oral y rifampina 600mg solo martes y viernes vía oral.

Dicho ajuste fue consultado y aprobado por coordinación del Programa Nacional de Tuberculosis con sede en el Hospital José Ignacio Baldó. Posterior a la administración de este nuevo tratamiento, el paciente mantuvo una evolución satisfactoria, resolviendo hepatopatía, con mejoría franca progresiva de síntomas neurológicos, mejoría progresiva de pancitopenia y mejoría subjetiva de síntomas. Por su parte, controles posteriores del paciente reflejan una mejoría considerable del cuadro clínico. Se realizó un conteo de CD4 mediante inmunofenotipaje linfocitario por citometría y determinación de carga viral de VIH mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), obteniendo como resultados 572 cl/mm³ y 393 copias de ARN/ml respectivamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los pacientes con VIH/SIDA con conteo linfo-

citario CD4+ menor o igual a 200 células/mm³ son propensos a desarrollar una serie de infecciones oportunistas que pueden poner en riesgo la vida del paciente tanto a corto como a mediano plazo. Sin embargo, son múltiples las infecciones que pueden producir cuadros clínicos similares, por lo que a la hora de realizar un diagnóstico certero y comenzar tratamiento es fundamental investigar todas las infecciones que el paciente en cuestión puede estar presentando según su sintomatología, ya que el cierre diagnóstico precoz puede condicionar omisiones diagnósticas de vital importancia.¹

Tanto la encefalitis toxoplásmica como la tuberculosis meníngea son enfermedades que inicialmente pueden generar síntomas neurológicos poco claros o difusos, por lo que la sospecha rápida de una posible coinfección de la mano de ambos agentes patógenos fue vital para lograr una correcta evolución del paciente.⁹ La infección del Sistema Nervioso Central suele presentarse en el 19% de los pacientes con VIH/SIDA a nivel mundial, destacando entre las infecciones más comunes tuberculosis y toxoplasmosis, por lo que una sospecha sobre las mismas siempre ha de estar presente en un paciente con estas características.¹⁰

La capacidad de tener acceso a todas estas pruebas diagnósticas fue una gran oportunidad que permitió el diagnóstico rápido y acertado, permitiendo iniciar el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible, siendo esto un factor clave para la mejoría del paciente, posibilitando el egreso y continuar el tratamiento domiciliario.

Por otra parte, el SIRS es aquella respuesta que se da en pacientes con VIH/SIDA, presentándose al iniciar tratamiento que lleva a sufrir un incremento en los niveles de linfocitos CD4+; pudiendo ser de dos tipos: desenmascarado y paradójico.¹¹ Este último se manifestó en el paciente cuando comenzó a manifestar la sintomatología gastrointestinal por la infección con citomegalovirus, debido a que la misma ya estaba presente y dominada al comenzar con el tratamiento antiretroviral, sin embargo el tratamiento lo exacerbó.

Este caso ilustra la importancia de un enfoque

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. PRESENTACIÓN INUSUAL

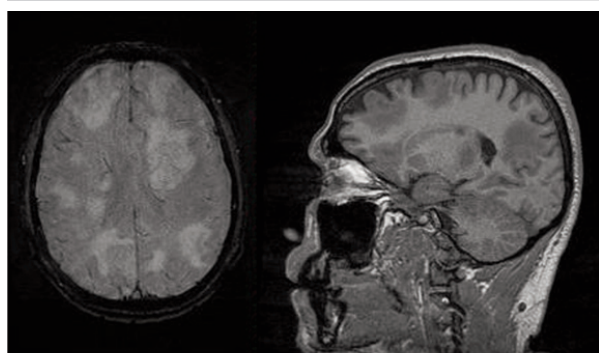
multidisciplinario y una evaluación integral en pacientes con VIH/SIDA con complicaciones neurológicas graves. Diagnosticar de manera rápida y precisa las posibles enfermedades desarrolladas, así como comenzar rápidamente con el tratamiento adecuado de las coinfecciones oportunistas son esenciales para la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes. Por último, se resalta la necesidad de monitorear de cerca a los pacientes durante el inicio del TAR debido al riesgo de SIRS, que puede conllevar a un abrupto deterioro del estado de salud del paciente.

TABLAS Y/O FIGURAS.

Figura 1. Tomografía computarizada del paciente



Figura 2. Resonancia magnética del paciente



REFERENCIAS

1. La OMS presenta datos científicos recientes y nuevas orientaciones sobre la supresión del VIH en la IAS 2023 [Internet]. Who.int. [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-07-2023-new-who-guidance-on-hiv-viral-suppression-and-scientific-updates-released-at-ias-2023>
2. Millones 6., millones- 2., El mundo en 0. Millones] de Personas Vivían Con el Vih en Todo. ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH [Internet]. Unaid.org. [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: https://embargo.unaids.org/static/files/uploaded_files/UNAIDS_2021_FactSheet_es_em.pdf
3. Borja Santillán MA, Cervantes Moreira KM, Pazmiño Encalada AM. Neuroinfección como factor de morbi-mortalidad en pacientes con VIH-SIDA. [citado el 6 de octubre de 2023] 2023;7(1):156-67. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.156-167](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.156-167)
4. Dedicoat M, Livesley N. Management of toxoplasmic encephalitis in HIV-infected adults (with an emphasis on resource-poor settings). Cochrane Libr [Internet]. 2006 [citado el 6 de octubre de 2023]; Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD005420/HIV_tratamiento-de-la-encefalitis-toxoplasmica-en-individuos-con-infeccion-por-vih-especialmente-en
5. Mendoza Ticona A, Iglesias Quilca D. Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA. Acta médica peru [Internet]. 2008 [citado el 6 de octubre de 2023];25(4):247-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000400012
6. Li Soldevilla RS, Acevedo Vitvitskaya AE. Evaluación de los factores de riesgo asociados a mortalidad intra hospitalaria en pacientes con encefalitis toxoplásmica e infección por el VIH-SIDA en un hospital de nivel III-1 de Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
7. Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of America. Year. Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection>, Accessed[citado el 5 de octubre de 2023].
8. Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad. Documento de consenso de GeSIDA/ División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2023. Documento electrónico. España: GeSIDA. Accessed[citado el 5 de octubre de 2023].
9. Lasso B M. Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas en el paciente adulto con infección por VIH/SIDA. RevChilenaInfectol [Internet]. 2011 [citado el 8 de octubre de 2023];28(5):440-60. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182011000600010&script=sci_arttext
10. Puya Quinto JA, Rueda Safady SM, Cueva Albán PA, Merino Aguilar DS. Agentes etiológicos de neuroinfección en pacientes con VIH-SIDA. Recimundo. 2021 [citado el 8 de octubre de 2023]
11. Quian J, Gutiérrez S, González V. Síndrome de reconstitución inmune relacionado con meningitis por Cryptococco en una adolescente infectada con el virus de inmunodeficiencia humana. RevMédUrug 2012; 28 (3): 215-220.