

0511

INFECCIÓN POR VIH Y SUS COMPLICACIONES EVALUADAS POR TC Y RM EN NUESTRO SERVICIO EN PERIODO DE UN AÑO

**Dras/ Dres: San Martín Gustavo Enrique, Flores M Said Alen,
Gamboa D Marco Aurelio, Miranda S. Juan Elías, Oliveira M
Omar, Ortega G Williams.**

**Provincia de Buenos Aires – Argentina
marcogamboa88@outlook.com**



OBJETIVOS

Determinar las complicaciones infecciosas y no infecciosas más frecuentes del VIH evaluadas por TC y RM en el Hospital Magdalena Martínez de Pacheco/Tigre.

Mostrar nuestra experiencia en el periodo de un año relacionada con las complicaciones del VIH.

Revisar las características radiológicas de cada una de estas patologías.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un análisis retrospectivo observacional transversal.

Se evaluaron los pacientes con diagnóstico de VIH, comprendido en el periodo de 2021 a 2022, de los cuales se escogieron 9 pacientes con complicaciones por VIH.

Mediante el uso de tomografía computarizada, con y sin contraste endovenoso, en cortes multiplanares en tomógrafo de 6 filas, y con resonancia magnética nuclear de 0.35 tesla.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES CON VIH

0511

TABLA 1

Infecciones oportunistas según el nivel de linfocitos

Infecciones según nivel de CD4	
CD4 > 200 células/ μ l	Neumonía bacteriana Tuberculosis pulmonar <i>Candida</i> oral Sarcoma de Kaposi Virus varicela zoster
CD4 < 200 células/ μ l	Neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> Tuberculosis extrapulmonar Toxoplasmosis Leucoencefalopatía multifocal progresiva
CD4 < 100 células/ μ l	Criptococosis Candidiasis esofágica Criptosporidiasis
CD4 < 50 células/ μ l	Citomegalovirus <i>Mycobacterium avium intracellulare</i>

La infección oportunista definitoria de SIDA más frecuente es la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en el 27%, seguida de la tuberculosis en el 21%. Otras infecciones oportunistas relevantes son las neumonías bacterianas, la meningitis criptocócica, la toxoplasmosis cerebral, la leucoencefalopatía multifocal progresiva, las infecciones por *Candida* y por citomegalovirus. (Tabla 1).

(Tabla 1)

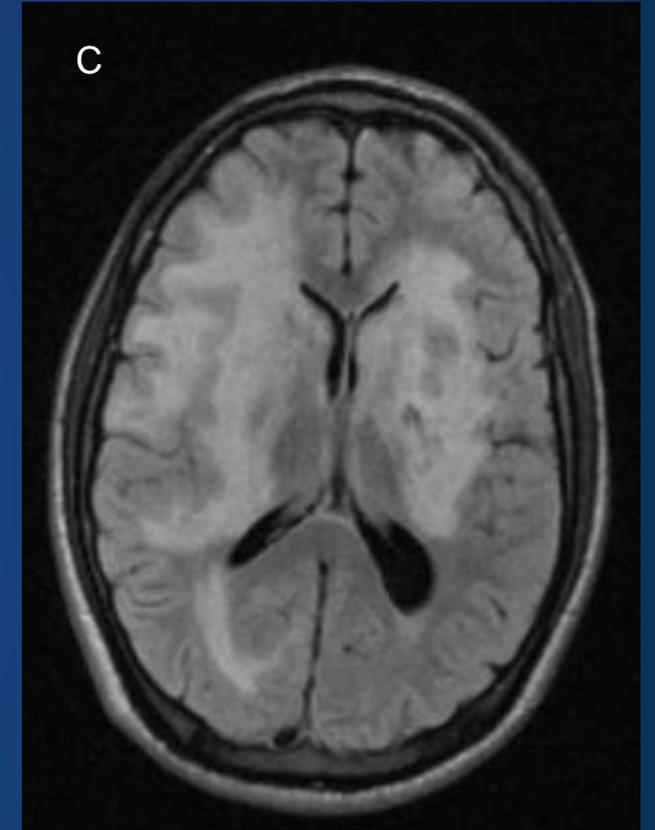
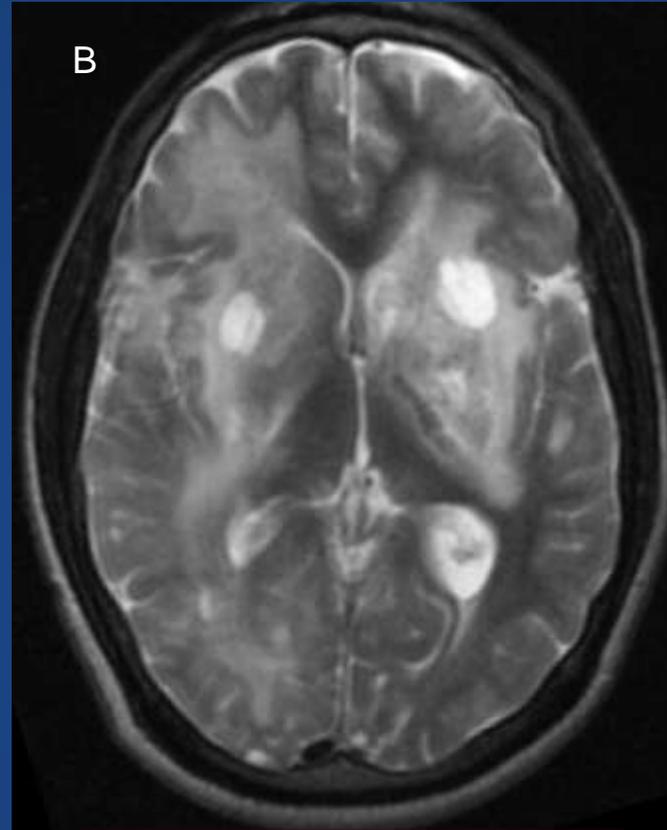
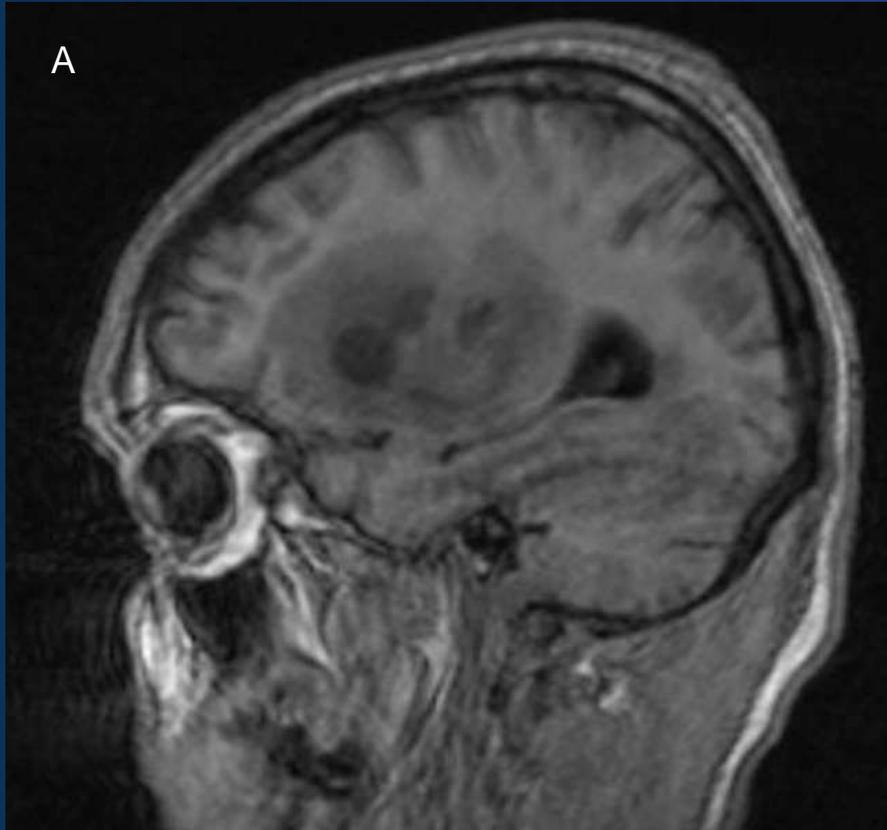
COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN PACIENTES CON VIH

El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en los pacientes con infección por el VIH.

Dentro de los linfomas, el más frecuente es el linfoma B difuso de células grandes, otros linfomas asociados son el linfoma de Burkitt, el linfoma cerebral primario y el linfoma de cavidades.

Estas neoplasias están asociadas a infección viral como el virus de Epstein- Barr o el virus herpes humano. (2)

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL



Paciente masculino de 37 años, con diagnóstico de VIH de larga data con tratamiento irregular, consulta por desorientación y cuadros de amnesia.

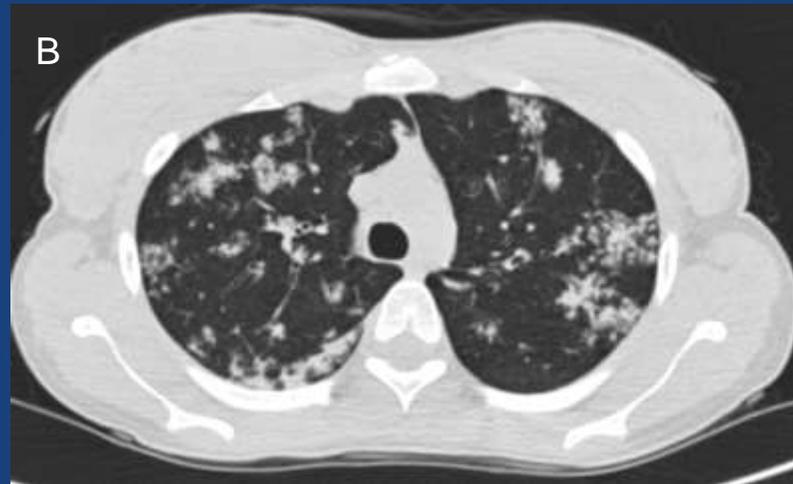
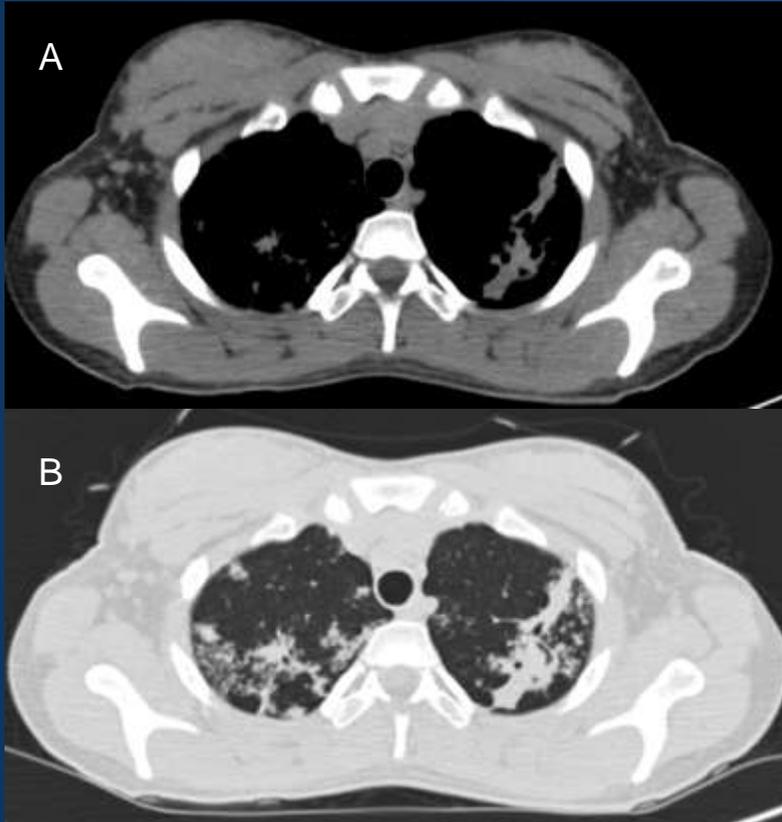
RMN de cerebro en corte sagital T1 (Imagen A), corte axial T2 (Imagen B), corte axial FLAIR (Imagen C).

Se observan imágenes redondeadas, hiperintensas en T2 e hipointensas en Flair, a nivel de los núcleos de la base, sustancia blanca profunda periventricular y núcleos lenticulares bilateral con edema perilesional, con colapso parcial del ventrículo lateral izquierdo.

Las pruebas serológicas confirmaron IgM positivo para toxoplasmosis.

TUBERCULOSIS PULMONAR

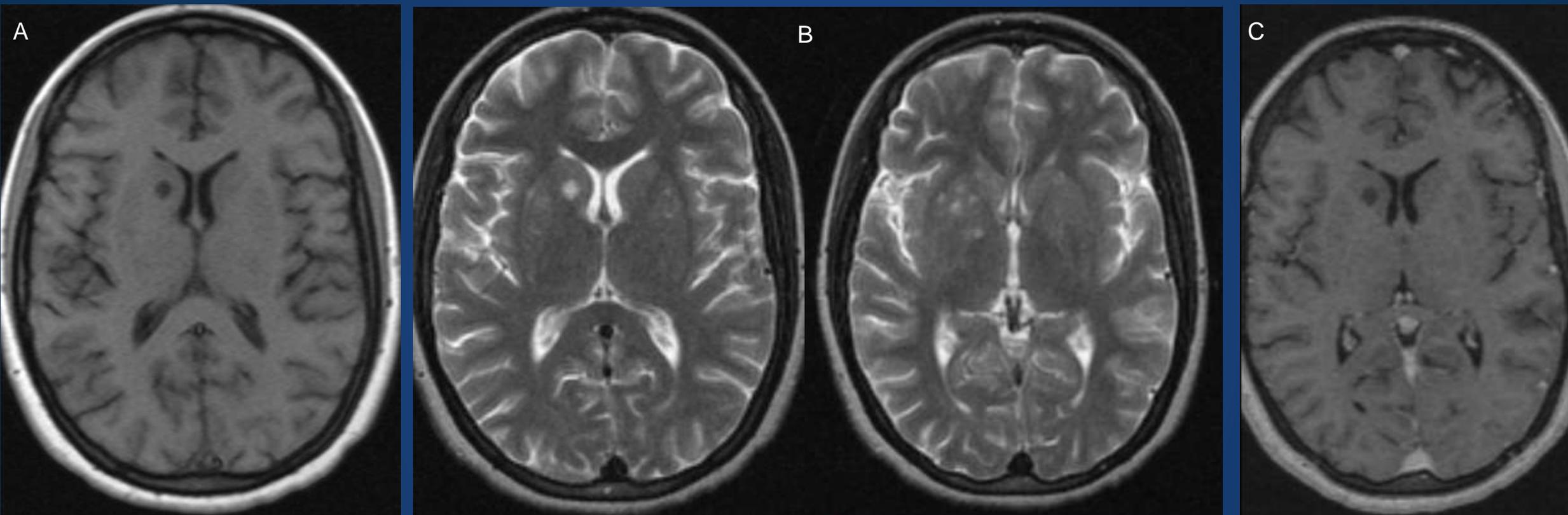
0511



Paciente de 19 años, HIV de reciente diagnóstico sin tratamiento. Consulta por distensión, dolor abdominal, tos productiva y fiebre de dos semanas de evolución. Tomografía computarizada de tórax simple corte axial ventana mediastinal y pulmonar (Imagen A y B) , corte coronal (Imagen C). Se observan imágenes nodulares y nodulillares centroacinares bilaterales que adoptan patrón en árbol en brote a predominio de ambos lóbulos superiores. A nivel apical bilateral, dichas imágenes confluyen formando consolidaciones heterogéneas con broncograma aéreo en su interior y tendencia a la cavitación. Se realiza baciloscopia aislando *Mycobacterium tuberculosis*.

CRIPTOCOCOSIS CEREBRAL

0511

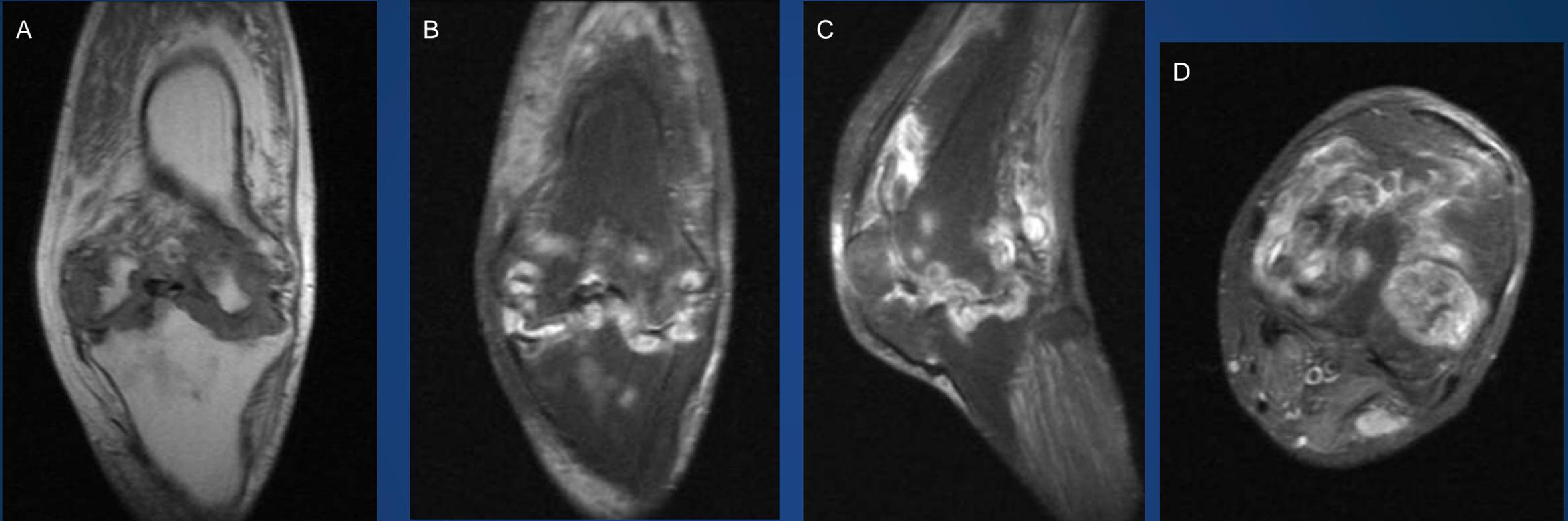


Paciente femenina de 18 años con antecedente de HIV congénito con mala adherencia a tratamiento, con recuento de CD4: 4 células/mm³ presenta múltiples internaciones por infecciones oportunistas e ingresa por cefalea, emesis, rigidez nuchal y paresia braquial izquierda de 1 semana de evolución. Refiere tos productiva y pérdida de peso.

RMN corte axial T1 (Imagen A), T2 (Imagen B), T1 con gadolinio (Imagen C).

Se observan en núcleo caudado derecho imagen hipointensa en T1, hiperintensa en T2, sin edema regional y sin evidencia de realce tras la administración de contraste paramagnético. Otras imágenes de similares características en núcleo lenticular derecho correspondientes a criptocomas, a la paciente se le aisló *Cryptococcus* del líquido cefalorraquídeo.

SINOVITIS VELLONODULAR

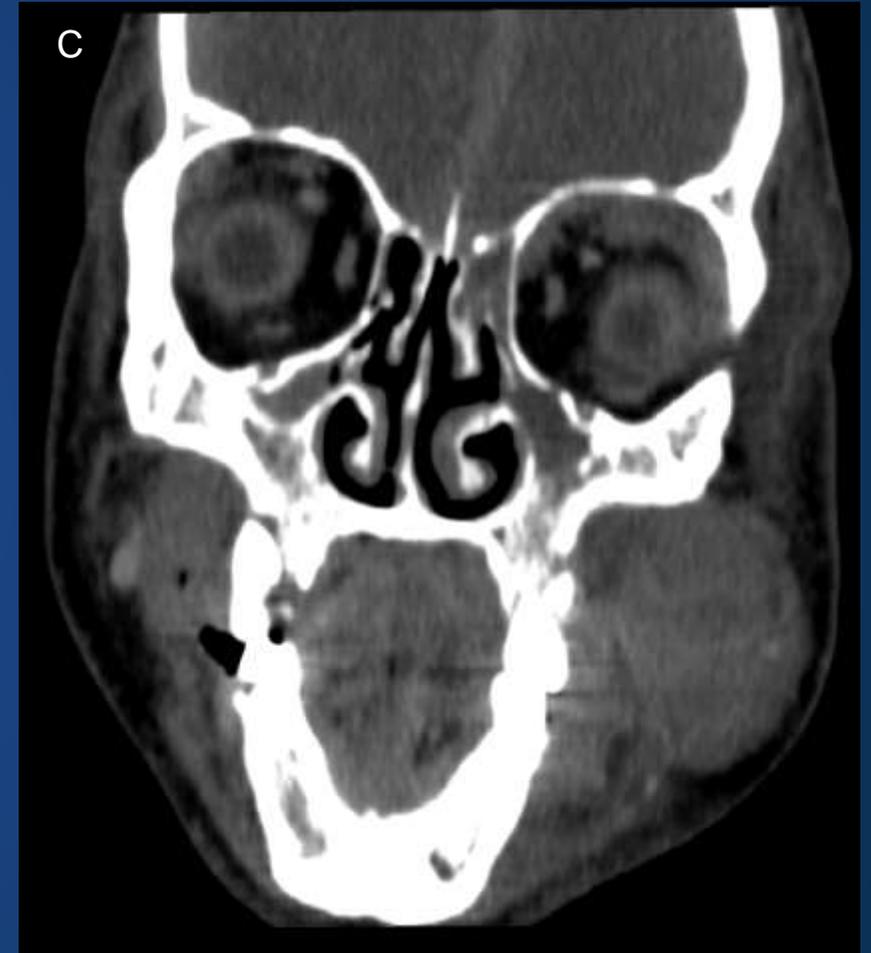


Paciente masculino de 48 años, con diagnóstico de sinovitis vellonodular por tomografía computarizada, refiere antecedente de VIH de larga data con abandono del tratamiento, consulta por limitación funcional de la rodilla izquierda.

RMN en corte coronal en T1 (Imagen A), T2 (Imagen B), corte sagital en T2 (Imagen C), corte axial T2 (Imagen D).

Se observan aumento del líquido en la bursa subcuadricipital y recesos laterales, con engrosamiento de la sinovial con contenido heterogéneo, de contornos lobulados, mostrándose hipointenso en T1 e hiperintenso en T2. Se asocia a erosión con resorción ósea que produce destrucción de la articulación femorotibial. Desplaza el tendón cuadricipital y rotuliano. Estas imágenes corresponden a artritis avanzada asociada a sinovitis vellonodular.

LINFOMA DE BURKITT



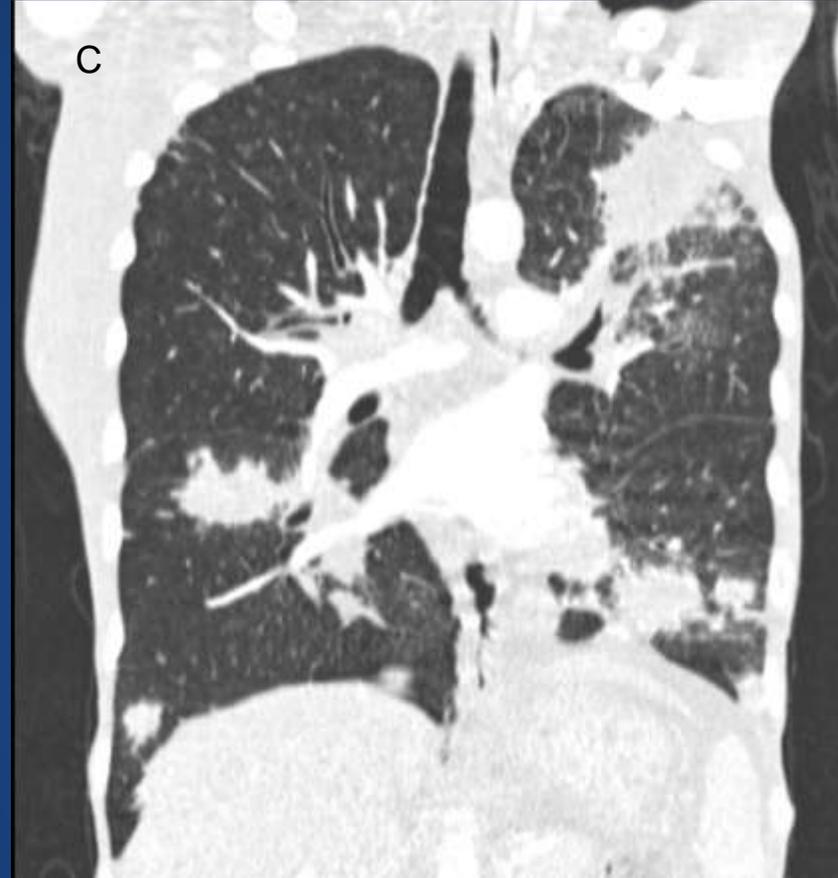
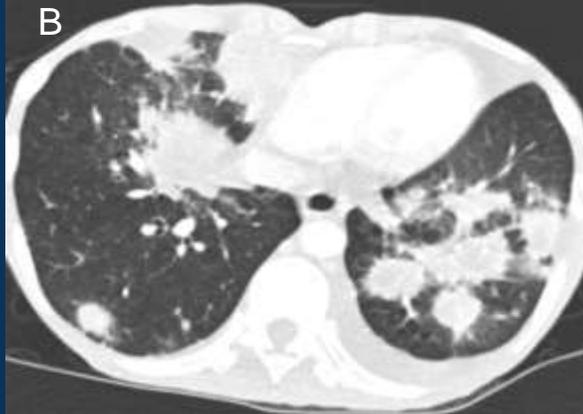
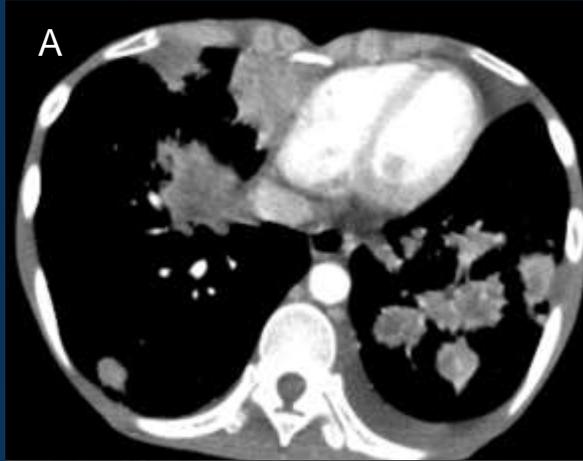
Paciente masculino de 27 años quien consulta por tumoración en región maxilar izquierda, HIV de reciente diagnóstico.

Tomografía computarizada de macizo craneofacial cortes axiales (Imagen A y B) y corte coronal (Imagen C). Ocupación de los senos maxilares. En seno maxilar izquierdo muestra resorción ósea (lisis) que compromete la región alveolar y la pared medial. Compromete planos musculares de la región malar izquierda y la órbita.

Engrosamiento de partes blandas que se extiende por fuera del maxilar superior izquierdo adoptando un aspecto pseudonodular que refuerza con el contraste. Se realizó biopsia estereotáxica c El estudio histopatológico confirmó linfoma Burkitt.

SARCOMA DE KAPOSI

0511



Paciente masculino de 32 años, con diagnóstico de HIV hace 8 meses con tratamiento irregular con posterior abandono. Ingresa en mal estado general, con diarrea crónica, con adelgazamiento (caquéxico) asociado a dificultad respiratoria y tos.

TC de tórax simple corte axial ventana mediastinal y pulmonar (Imagen A y B), corte coronal (Imagen C), corte sagital (Imagen D)

Se observa formación heterogénea de bordes irregulares, espiculados a nivel del mediastino anterior extendiéndose hasta el lóbulo superior izquierdo. Múltiples masas en ambos pulmones algunas de ellas con necrosis central y otras cavitadas, comprometen todos los lóbulos pulmonares y ambos hilios. A nivel del lóbulo superior e inferior izquierdo contacta con la pleura. El estudio histopatológico confirmó sarcoma de Kaposi.

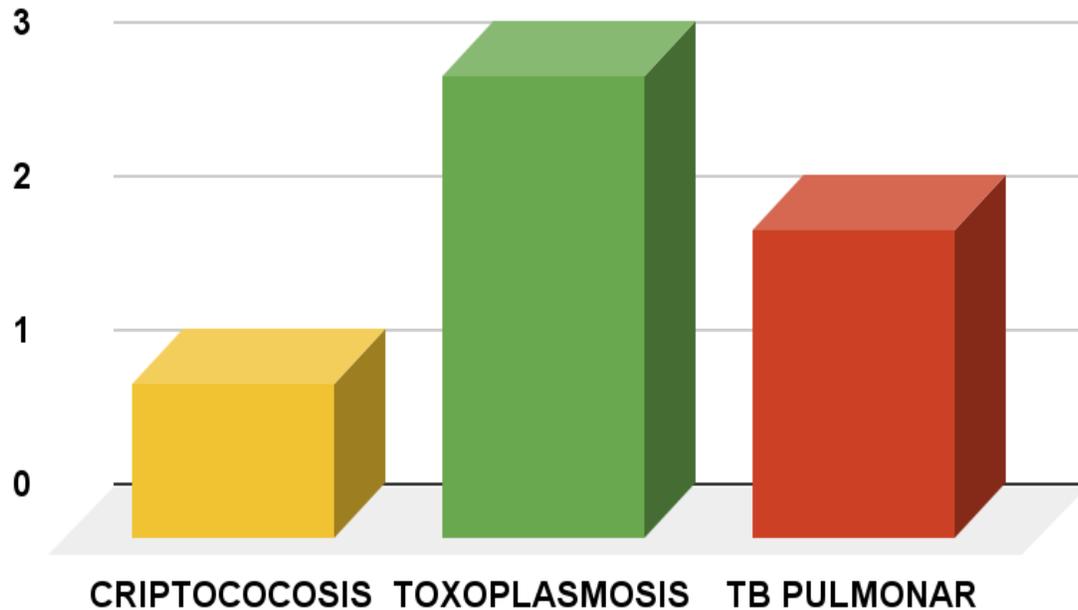
CONCLUSIONES

Evaluamos 9 pacientes con complicaciones por VIH en el transcurso de 1 año, donde la patología infecciosa más frecuente fue toxoplasmosis cerebral con 3 casos, seguido de tuberculosis pulmonar con 2 casos y criptococosis cerebral un caso.

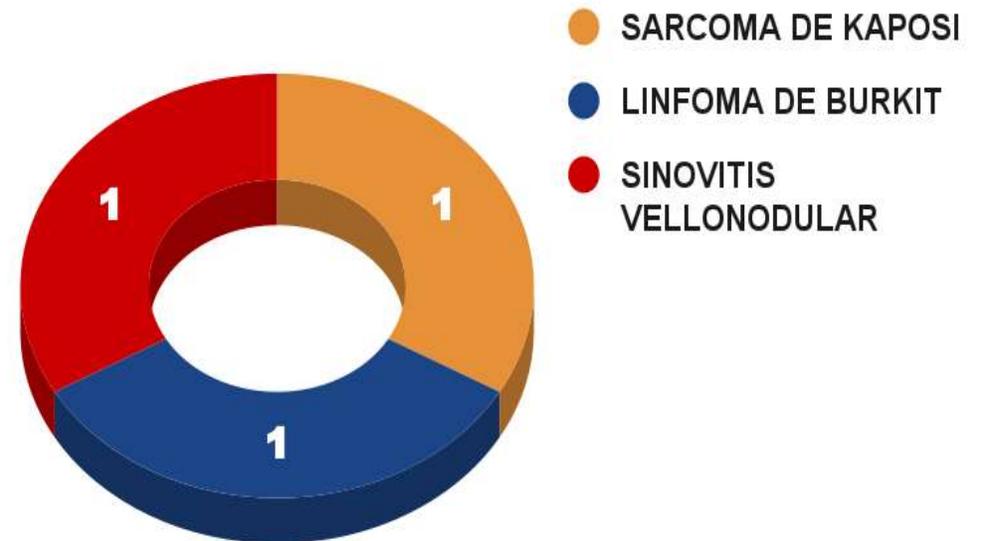
En cuanto a complicaciones no infecciosas encontramos un caso de sarcoma de Kaposi, uno de linfoma de Burkitt y otro de sinovitis vellonodular.

La tomografía computada y la resonancia magnética desempeñan un papel importante como método para el diagnóstico de las complicaciones relacionadas con el VIH.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS



COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS



En nuestro estudio con una muestra de 9 pacientes, con diagnóstico de HIV que presentaron complicaciones infecciosas y no infecciosas, observadas por TC y RMN en el servicio de Diagnóstico por imágenes del Hospital Magdalena V. de Martínez durante el periodo 2021-2022. Se encontró 5 pacientes con patología infecciosa de los cuales la toxoplasmosis fue la principal causa con 3 casos. mientras que las no infecciosas encontramos un caso tanto de Kaposi, Linfoma Burkitt y sinovitis vellonodular.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)Pintos; Muñoz, E y Ramos, A. Complicaciones infecciosas en el paciente con infección por el VIH. *Medicine*. 2018;12(56):3306-13.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218301197#:~:text=Otras%20IO%20relevantes%20son%20las,por%20Candida%20y%20por%20citomegalovirus>
- (2)Pintos; Muñoz, E y Ramos, A. Complicaciones no infecciosas en el paciente con infección por el VIH. *Medicine*. 2018; 12(56):3314-20.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218301203>