

IRIS en paciente con VIH y TBC: Caso clínico

IRIS in a patient with HIV and TB: Clinical case

Fabrizio Guzman

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Dirección: Av. De la Cultura, Nro. 733, Cusco - Perú

Correspondencia:

Fabrizio Guzman

Teléfono: +51961343131

Dirección: San Benito Parte Alta A-4

Conflicto de intereses: Ningún conflicto de interés

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7941-6145>

RESUMEN:

Se reporta el caso de un paciente masculino de 26 años, que fue diagnosticado anteriormente con VIH en marzo de este año, el paciente comenzó TARGA dos semanas antes de su ingreso en abril. Inicialmente el paciente presentó fiebre, tos no productiva, sudoración nocturna y tiritona. Fue diagnosticado por tuberculosis miliar y urinaria, por medio de esputo, orina y radiografías de tórax. A pesar, de que el paciente sigue con el tratamiento antituberculoso estándar, el paciente no mostró mejoría clínica, causando sospecha de IRIS.

Palabras clave: IRIS, Tuberculosis

ABSTRACT:

The case of a 26-year-old male patient is reported, who was previously diagnosed with HIV in March of this year. The patient started HAART two weeks before his admission in April. Initially the patient presented fever, non-productive cough, night sweats and shivering. He was diagnosed with miliary and urinary tuberculosis, through sputum, urine, and chest x-rays. Although the patient continues with standard anti-tuberculosis treatment, the patient did not show clinical improvement, causing suspicion of IRIS.

Keywords: IRIS, Tuberculosis

INTRODUCCIÓN:

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune es una complicación que ocurre en pacientes infectados por el virus del VIH, que inician con el tratamiento antirretroviral TARGA¹. Este síndrome se caracteriza por una respuesta inmune exagerada contra una infección ya sea de presentación asintomática o presentación sintomática leve. Este se presenta generalmente a los dos meses de inicio del tratamiento TARGA².

El IRIS se puede manifestar de dos maneras: Ya sea de forma paradójica, donde existe un empeoramiento clínico en un paciente previamente diagnosticado y tratado, en este caso por TBC y una por desenmascaramiento, que suele ocurrir en pacientes con TBC asintomática previa que se hace evidente tras iniciar el TARGA².

La incidencia de IRIS por TBC es muy común en pacientes con una carga viral alta y con un recuento bajo de células CD4+ al momento de iniciar la TARGA². Y siendo los sitios donde se muestra la patología son los ganglios linfáticos y los pulmones, aunque hubo casos donde se observó un compromiso neurológico³.

El presente caso clínico, presenta un paciente que presenta tuberculosis miliar y urinario, que es tratado con el tratamiento antituberculoso estandarizado, por el cual, se cuestiona del porque no mejora con el tratamiento. Es importante, estudiar sobre el síndrome, ya que puede resultar en un pronóstico malo para el paciente.

REPORTE DE CASO:

Paciente masculino, de 26 años de edad, ingreso el día 02 de abril del 2024. Con antecedentes de haber sido diagnosticado con VIH el 5 de marzo del 2024 y haber recibido el tratamiento TARGA (Terapia antirretroviral de gran actividad) desde aproximadamente 2 semanas antes del ingreso. Refiere que 3 semanas antes del ingreso, presentaba el cuadro clínico de fiebre, tos no productiva y tiritona. Al pasar los días, los síntomas se presentaron más intensos con la sintomatología agregada de sudoración nocturna, por lo cual va a su centro de salud donde le prescriben dextrometorfano y paracetamol. Pero los síntomas no remitieron, por cual fue referenciado a un hospital cercano donde fue atendido el día 27 de marzo del 2024 en el área de neumología. En su inspección, se encuentra despierto, LOTE y colaborador, donde se observó palidez en conjuntivas y piel, con un leve sobreesfuerzo respiratorio. Respecto a los antecedentes epidemiológicos, el paciente menciona que estuvo en contacto con tosedores crónicos aproximadamente hace 2 meses.

En el área de hospitalización, se obtuvo temperaturas promedios de 36° con picos de 37,8°. Con las siguientes funciones fisiológicas: Apetito disminuido, sed

aumentada, cantidad de orina de 6 a 7 vasos aproximadamente y sueño disminuido. Con un peso de 62kg y una talla de 175 cm, con un IMC de 20.2 al ingreso.

El área de neumología, tomo una primera prueba de BK en esputo, donde salió positivo a bacilos alcohol-resistentes junto a tomografías de tórax donde se observa el patrón miliar (véase en fig. 1) . Luego se le tomo una segunda prueba de BK en esputo, orina y heces, donde salió positivo solo a orina.



Fig. 1. Tomografía de tórax, se observa el patrón miliar

En el hemograma, se observó una eosinopenia (0 VN: 0.02-0.5), neutrofilia (73.2% VN: 50-70) y linfopenia (19% VN: 20-40). También se le toma una prueba de proteína C reactiva, tomando valores de 69.66 mg/L (VN: 0-5).

Respecto a la carga viral de VIH, las copias de ARN presentes son de 284000 copias/ml (alta replicación) y la cantidad de células CD4 es de 340 células/ul (VN: 500-1600 células/uL)

El paciente, fue tratado con la medicación para la tuberculosis, por los diagnósticos de tuberculosis miliar (confirmada mediante radiografía de tórax) y tuberculosis urinaria (confirmada mediante prueba de orina). Estos fueron Isoniazida (300 mg/día), Rifampicina (600 mg/día), Etambutol (1200 mg/día) y Pirazinamida (1500 mg/día). Acompañado de una dieta hiperproteica (por el riesgo de desnutrición) y sulfametoxazol /trimetoprima (800/160 mg cada 8 hrs) y dexametasona (4mg cada 8hrs).

Al pasar los días, el paciente no muestra mejoría con el tratamiento, incluso muestra empeoramiento, lo que hace sospechar a un IRIS (síndrome de reconstitución inmunológica).

DISCUSION:

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune es una complicación que ocurre en pacientes con VIH y tratamiento TARGA. ¹

Para diagnosticar IRIS, es necesario seguir una serie de pasos: empezando con una reevaluación de síntomas, también se debe documentar la aparición o empeoramiento de síntomas relacionados a la tuberculosis, ya sea, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, tos, disnea; todo esto debe ser después de dos o tres meses después de comenzar el TARGA. ⁵

Los criterios diagnósticos incluyen tanto criterios mayores o menores. Entre los mayores incluyen aparición de nuevas linfadenopatía, lesiones pulmonares o lesiones nuevas en órganos previamente afectados por la tuberculosis. Los criterios menores comprenden nuevas o recurrentes lesiones cutáneas, nuevas o empeoradas lesiones de TBC en radiografías de tórax; también se considera incremento de síntomas sistémicos como fiebre y pérdida de peso. ⁴

Adicionalmente se debe realizar pruebas microbiológicas de esputo, orina y sangre para poder confirmar la presencia de TBC, si no se diagnosticó anteriormente, y utilizar imágenes como radiografías de tórax o tomografías computarizadas para evaluar un patrón miliar y otros signos de tuberculosis. También es importante verificar la adherencia del tratamiento antirretroviral y del tratamiento antituberculoso. El primero evaluando el recuento de células CD4+ y la carga viral de VIH para poder asociarlo con la aparición de síntomas y el segundo evaluando la mejoría del paciente. ⁵

En el manejo, veremos que la OMS ha emitido recomendaciones, de las cuales: Se debe continuar la terapia antirretroviral, y dar mucha énfasis en tratar la infección oportunista. La mayoría de los síntomas del síndrome suele resolverse espontáneamente al pasar unas cuantas semanas, pero si las reacciones son graves hasta el punto de poner la vida del paciente en riesgo, en estos casos se debe requerir el uso de ciclos cortos de corticoesteroides para suprimir las reacciones inflamatorias. Empleando prednisona a dosis de 0.5-1 mg/kg/día por 5 a 10 días. En casos muy específicos, se debe suspender el tratamiento antirretroviral. ⁶

CONCLUSIÓN:

Como podemos ver, existen desafíos en el manejo de VIH, más si el paciente se expuso a tuberculosis, y más aun cuando se desarrolla IRIS. En el presente caso clínico, el paciente no mejoró clínicamente, sugiriéndonos una posible IRIS, que requiere evaluación y análisis.

El IRIS ocurre generalmente en pacientes con alta carga viral y bajo recuento de células CD4+ cuando se inició el TARGA. Es muy importante, que, al hacer IRIS,

se debe continuar con la terapia antirretroviral, tratar las infecciones oportunistas, y utilizar corticoesteroides en casos graves.

BIBLIOGRAFIA:

1. Torres Blanco B, Sal Redondo C, Santos Santamarta R, Río Álvarez MI, García Ramos V, Varela Patiño M. Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune. *Med Gen Fam.* 2022;11(3):124-126.
https://mgyf.org/wp-content/uploads/2022/07/MGYF2022_026.pdf
2. Concors E, Ehsani-Nia H, Mirza M. Case Report on Miliary Tuberculosis in Acute Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome. *JETem.* 2020;5(3). DOI: 10.21980/J81H02. https://jetem.org/miliary_tb/
3. Lanzafame M, Vento S. Tuberculosis-immune reconstitution inflammatory syndrome. *J Clin Tuberc Other Mycobacterial Dis.* 2016;3:6-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723680/>
4. Meintjes, G., Lawn, S. D., Scano, F., Maartens, G., French, M. A., Wegner, S., & Pozniak, A. L. (2008). Tuberculosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome: case definitions for use in resource-limited settings. *The Lancet Infectious Diseases*, 8(8), 516-523.
doi:10.1016/S1473-3099(08)70184-1.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18652998/>
5. Lawn, S. D., Bekker, L. G., & Miller, R. F. (2005). Immune reconstitution disease associated with mycobacterial infections in HIV-infected individuals receiving antiretrovirals. *Lancet Infect Dis*, 5(6), 361-373.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15919622/>
6. Santos, O., Villalobos, A., & Quirós, M. (2022). Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS) en pacientes VIH positivos: reporte de caso y revisión de la literatura. *Med Lab Costa Rica.* 2022;34(1):248-261.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100248