

# SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO

Roccia ML; Montero G; Calderón JA; Romanos DR; Navarro CR  
Carrera de Especialización en Clínica Médica UNLP  
Policlínico Neuquén. Neuquén

## INTRODUCCIÓN

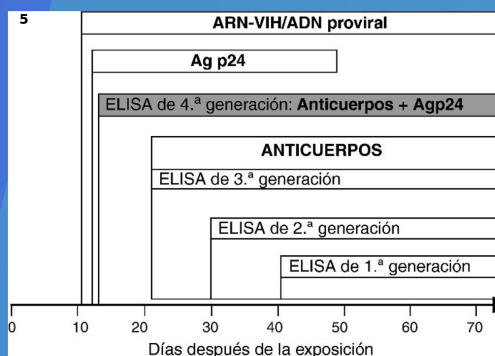
El Síndrome Retroviral Agudo (SRA) o Primoinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se define como un conjunto de fenómenos inmunológicos y virológicos que se desarrollan desde el momento en que el virus ingresa al organismo hasta que la viremia y el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica se estabiliza<sup>1</sup>. Su sintomatología en más del 50% de los pacientes<sup>2</sup> suele pasar inadvertida por la baja especificidad del cuadro clínico (símil cuadro mononucléosico o gripal), su curso habitualmente benigno y su baja tasa de hospitalización. Suele suceder de dos a cuatro semanas luego de la inoculación, y puede durar de tres días a diez semanas.

El diagnóstico precoz de SRA es de escasa frecuencia por el bajo índice de sospecha y la ausencia de anticuerpos específicos anti - VIH1 detectables en la fase inicial de la infección<sup>3</sup>. Su diagnóstico se basa en la detección del ARN viral, Ag p24 positivo (LR positivo 0,71 y LR negativo -0,7)<sup>4</sup> presentes en los ELISA de cuarta generación y Western blot negativo.

La importancia de un diagnóstico oportuno es el inicio temprano de la terapia antirretroviral para restaurar las respuestas inmunes celulares específicas, restricción del daño al sistema inmune, evitar la diseminación viral, reducir la probabilidad de progresión a enfermedad, y protección de las células presentadoras de antígenos.

En esta oportunidad se presenta un caso de diagnóstico precoz de Síndrome Retroviral Agudo en un paciente de 33 años internado en el Servicio de Clínica Médica por cuadro de Neutropenia febril.

## Tiempo de aparición de marcadores específicos de infección VIH



## CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 33 años con antecedentes conocidos de Epilepsia en tratamiento con Oxacarbazepina y Fenobarbital, que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva en Junio del 2014 por cuadro de Neutropenia febril con traumatismo de cráneo secundario a cuadro de convulsión tónica clónica. Se solicitó laboratorio que mostró neutropenia, Tomografía Computada (TC) de cráneo, serología para HIV no reactiva (realizada con ELISA de 4<sup>ta</sup> generación), y cultivos de sangre y orina negativos.

El paciente presentó edema y dolor a la palpación de testículo izquierdo, por lo que se realizó ecografía testicular que informó aumento del tamaño y heterogeneidad del testículo izquierdo, además de aumento de tamaño y de la vascularización del epidídimo izquierdo; conclusión: *Epididimitis izquierda*.

Se inició tratamiento antibiótico con Ceftriaxona - Levofloxacina, con lo que se observó franca mejoría del paciente y se decidió su pase a Sala General con diagnóstico de Neutropenia febril por freno medular secundario a sepsis en contexto de Epididimitis.

En Clínica Médica el paciente no presentó intercurencias y se otorgó el alta institucional con tratamiento antibiótico vía oral.

A los seis días del alta el paciente reingresó a la institución por el Servicio de Guardia Externa por cuadro febril de 48 hs de evolución sin foco evidente. Se solicitó nuevamente laboratorio (neutropenia), ecografía abdominal y testicular (sin particularidades), radiografía de tórax normal y pancultivos negativos. Se complementó con TC de tórax - abdomen que informó patrón consolidativo en lóbulo inferior derecho acompañado de imágenes ganglionares mediastinales y retroperitoneales no en rango adenomegálico.

Los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron: Neutropenia cíclica, Linfoma, Neumonía atípica, Tuberculosis y/o infección viral. Se solicitaron serologías para Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Hepatitis, VIH, Parvovirus, y BAAR en esputo. Se interconsultó al Servicio de Cirugía para realizar biopsia de ganglio mediastinal, a la cual el paciente se negó.

Todos los resultados de las serologías fueron negativos excepto el Ag p24 que fue positivo. Diagnóstico: *Síndrome Retroviral Agudo por HIV*.

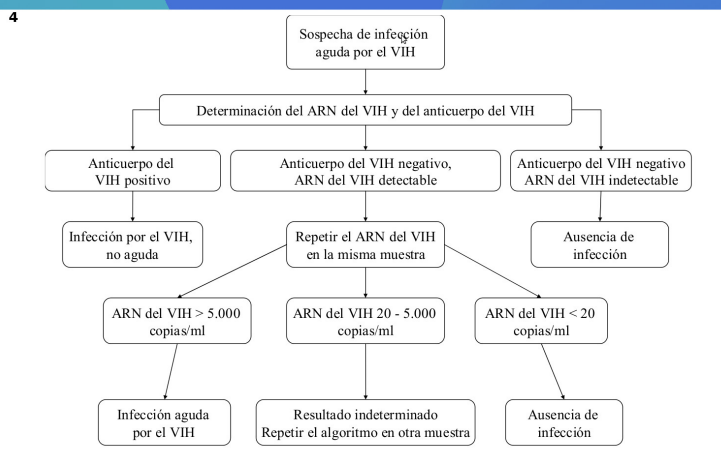
Fue evaluado por el Servicio de Infectología quien solicitó carga viral (3.099.963 copias), recuento de CD4 (4% y valor absoluto de 48 linfocitos/mm<sup>3</sup>) y el Western blot persistió negativo al mes del primero solicitado.

Estadio	RNA VIH	Ag p24	ELISA	Western blot
1	(+)	(-)	(-)	(-)
2	(+)	(+)	(-)	(-)
3	(+)	(+)	IgM Positivo	Ausencia de bandas VIH específicas
4	(+)	(+)	IgM Positivo	Patrón indeterminado
5	(+)	(+/-)	Positivo	Reactivo, pero ausencia de la reactividad del p31
6	(+)	(+/-)	Positivo	Reactivo, incluyendo p31

Inició tratamiento antirretroviral con Truvada, Ritonavir y Atazanavir, además de Neupogen; el paciente presentó mejoría y se otorgó alta institucional con seguimiento por Infectología.

Al mes de iniciado el tratamiento se solicitó de forma ambulatoria un nuevo test de VIH que fue reactivo. El paciente presentó buena adherencia al tratamiento y al seguimiento.

El control del segundo mes de tratamiento mostró una carga viral de 1517 y recuento de CD4 de 22% y valor absoluto de 380 linfocitos/mm<sup>3</sup>. Al tercer mes del diagnóstico se evidenció carga viral < 20 y recuento de CD4 de 23% y valor absoluto de 4395 linfocitos/mm<sup>3</sup>.



## CONCLUSIÓN

Se trata de un Síndrome Retroviral Agudo por HIV de diagnóstico precoz con buena respuesta al tratamiento precoz recibido evidenciado por una franca disminución en la carga viral y recuento de CD4. La determinación del Ag p24 en pacientes con síndrome polinucleosido y factores de riesgo o enfermedades infecciosas de evolución tórpida o marcadoras se podría recomendar como examen inicial habida cuenta la falta de sensibilidad de los test para HIV utilizados en el screening.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Leal M; Pulido I. Cuándo sospechar una primoinfección por el VIH. JANO - ELSEVIER. 2006; 1064.
- 2 - Sánchez FM; Albo Castaño M; Arbol Linde A; Casallo Blanco S; Joya Seljo D; Del Valle Loarte P. Infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana. Anales de Medicina Interna. 2006; (22): 9.
- 3 - Bogdanowicz E. Infección por HIV. Medicina. 2000; 60 (1): 109-115.
- 4 - Roca B. Capítulo 1: Infección aguda por el VIH. Tratamiento de la Infección por el VIH. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpicm-cmw/hivmedicina2003\\_spanish2b.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/cpicm-cmw/hivmedicina2003_spanish2b.pdf)
- 5 - García F; Álvarez M; Bernal C; Chueca N; Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2011; 29 (4): 297-307
- 6 - Sánchez Fernández J. Infección primaria por el VIH: Conceptos actuales. Diagnóstico. 2005; 44 (4)