

## Índice de trabajos | Simposio VIH-SIDA 2023

1001	LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA COMO CAUSA INUSUAL DE FIEBRE EN EL PACIENTE QUE VIVE CON VIH Diana Isabel Pulido Morales INCMNSZ	117	1014	HOW ARE HIV POSITIVE MSM PATIENTS WITH ABNORMAL ANAL CYTOLOGIES BEING EVALUATED? RESULTS FROM A SINGLE CENTER, 12 YEAR FOLLOW-UP OBSERVATIONAL STUDY IN MEXICO CITY Rodrigo Ville Benavides INCMNSZ	119
1002	DIAGNÓSTICO PRECOZ CON BETA D GLUCANO EN UN PACIENTE JAPONÉS CON NEUMOCISTOCIS SEVERA, INICIO OPORTUNO DE TRATAMIENTO CON EXCELENTE DESENLACE CLÍNICO Alan Michell Davalos Sánchez HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"	117	1015	DETECCIÓN DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH CON WAISS-III Silvia Paola Barragán Hernández ISSSTE	119
1003	MIELITIS TRANSVERSA COMO PRESENTACIÓN DE LA CO-INFECCIÓN POR VIH Y TUBERCULOSIS Lya Sahian Méndez Aguilar PETRÓLEOS MEXICANOS	117	1016	INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS HEPÁTICA AISLADA EN PACIENTE CON VIH Luis Angel Bastida Castro HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	120
1004	TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO EN PACIENTE QUE VIVE CON VIH REPORTE DE CASO Sarai Herrera Caballero HOSPITAL GENERAL MORELIA DR. MIGUEL SILVA	117	1017	HIPERBILIRRUBINEMIA POR ANFOTERICINA B LIPOSOMAL EN PACIENTE VIH E HISTOPLASMOSIS: REPORTE DE CASO Emilio José Castillo González HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"	120
1006	USO DE B D GLUCANOS COMO HERRAMIENTA DIAGNOSTICA EN PACIENTE DE 18 AÑOS CON NEUMONÍA ATÍPICA Y ELISA INICIAL NO REACTIVO Alan Michell Davalos Sanchez	118	1018	ESTRATEGIA DE OPTIMIZACIÓN A NIVEL NACIONAL CON BICTEGRAVIR, EMTRICITABINA Y TENOFOVIR ALAFENAMIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN CON VIH: UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL EN POBLACIÓN MEXICANA José Fernando García Pons UDG	120
1007	SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA CON CICLOSERINA PARA TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE QUE VIVE CON VIH, REPORTE DE UN CASO Ulda Cabrera Osorio SECRETARIA DE SALUD	118	1019	FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN BARR, INDUCIENDO LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Patricia Rodríguez De la Garza - Christus Muguerza UDEM	120
1008	MENINGOENCEFALITIS POR HERPES ZÓSTER EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH. SERIE DE CASOS Jack Noé Salto Quintana INCAN	118	1021	MICOBACTERIOSIS DISEMINADA COMO MANIFESTACIÓN DE RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTE QUE VIVE CON VIH CON ENFERMEDAD AVANZADA E INMUNOSUPRESIÓN FARMACOLÓGICA Patricia Rodríguez De la Garza - Christus Muguerza UDEM	121
1009	ENCEFALITIS CON POLINEUROPATÍA CRANEAL COMO MANIFESTACIÓN DE HERPES ZOSTER EN UN PACIENTE QUE VIVE CON VIH, REPORTE DE CASO Manuel Enrique Villalobos Padilla HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UANL	118	1022	GENOTIPIFICACIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DE CANCER ANAL EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH Ivan Sandoval Guzman IMSS	121
1011	LIPOSOMAS DE FOSFATIDILCOLINA COMO UNA POSIBLE PAUTA TERAPÉUTICA EN LA INFECCIÓN POR VIH-1 Ariadna Hernández Pérez BUAP	119	1023	UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO SÉRICO DE CRYPTOCOCCUS SPP. EN EL DIAGNÓSTICO DE CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH EN MÉXICO Victor Daniel Acuña Rocha UANL	121
1013	INSUFICIENCIA SUPRARRENAL ENMASCARADA EN PACIENTE CON VIH DE RECIENTE DIAGNOSTICO Irving Efraín Castro Gastelum IMSS	119	1024	RETORNO A LA ATENCIÓN DE VIH DE PERSONAS LIBERADAS DEL SISTEMA PENITENCIARIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2017-2021 Carlos Iván Canto Varela UNAM	121

1025	CAMBIO DE EFV/FTC/TDF A B/F/TAF O EFV/FTC/TDS EN ADULTOS QUE VIVEN CON VIH EN SUPRESIÓN VIROLÓGICA: COHORTE RETROSPECTIVA A 96 Y 144 SEMANAS Luis Adrián Salinas Garza UANL	122	1037	INFECCIÓN POR COCCIDIOIDOMICOSIS PLEUROPULMONAR EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH Carlos Salomón Sáenz De León UNIVERSIDAD DE MONTERREY	124
1026	MODELOS PREDICTORES DE ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CON Y SIN ENFERMEDAD METABÓLICA Cindy Yunuen León Hernández CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD. UDEG	122	1038	CONTROLADOR ELITE: REPORTE DE UN CASO Miguel Justin Franklyn ISSSTE REGIONAL MONTERREY	124
1028	SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO POR TUBERCULOSIS DISEMINADA Rafael Tadeo Loaeza Rodríguez IMSS	122	1039	POLIRRADICULOPATÍA EN UNA PERSONA CON VIH: UN RETO DIAGNÓSTICO Rodrigo Ville INCMNSZ	125
1029	DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON VIH AVANZADO Y SARCOMA DE KAPOSÍ CON PRESENCIA DE MÚLTIPLES INFECCIONES SIMULTÁNEAS REPORTE DE CASO Alberto Magallanes López INCAN	122	1041	SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNE Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO POR TUBERCULOSIS DISEMINADA Daniela Sánchez Escalona INER	125
1030	LINFOMA NO HODGKIN CON INFILTRACIÓN DEL NERVIÓPTICO EN PACIENTE CON VIH/SIDA Diego Carrion Alvarez ISSSTE REGIONAL DE MONTERREY	123	1042	SÍNDROME PARAPLÉJICO ASOCIADO A TUBERCULOMA MEDULAR EN PACIENTE CON VIH Carlos Salomón Sáenz De León UNIVERSIDAD DE MONTERREY	125
1031	ENCEFALITIS POR VIRUS DE VARICELA ZOSTER QUE IMITA TUMOR CEREBRAL Carlos Alberto Garcia Delgado CIENI	123	1044	INFILTRACIÓN A SNC DE LINFOMA NO HODGKIN EN PACIENTE CON VIH Marisa Guadalupe Frausto Alejos ISSSTE	125
1032	ENFERMEDAD DE CASTLEMAN Y VIH: REPORTE DE CASO Cynthia Isabel Ortiz López HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"	123	1045	COINFECCIÓN POR HERPES ZOSTER, CITOMEGALOVIRUS Y SARS-COV-2 EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH Xavier Alfonso Flores Andrade CIENI/INER	126
1033	ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DEL HIERRO, RELACIÓN DE ADIPONECTINA/FERRITINA Y FRUCTOSAMINA COMO PREDICTORES DE RESISTENCIA A LA INSULINA (RI) Y DIABETES TIPO 2 (DT2) EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (PVVIH) Karina Sánchez Reyes INVIH, CUCS-UDG	123	1046	NEUMONITIS Y GASTRITIS POR CITOMEGALOVIRUS REFRACTARIA A TRATAMIENTO EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Ana Laura Bazany Rivero INER	126
1034	LINFOMA DE BURKITT PRIMARIO HEPÁTICO ASOCIADO A VIH: REPORTE DE CASO Roxana Claudia Iquize Condiri HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", UANL	124	1047	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CAMBIOS EN BIOMARCADORES DE INMUNOSUPRESIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER Y VIH Victor Hugo Ahumada Topete	126
1036	EMBARAZO Y VIH: 14 AÑOS DE ATENCIÓN EN UNA CLÍNICA AMBULATORIA, INCLUIDA LA PANDEMIA COVID-19 Uri Torruco García SECRETARÍA DE SALUD DE VERACRUZ	124			

1001

**Linfohistiocitosis hemofagocítica como causa inusual de fiebre en el paciente que vive con VIH**

Autor: Diana Isabel Pulido Morales - INCMNSZ

**Introducción**

La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) representa un síndrome caracterizado por activación persistente e inadecuada de linfocitos T citotóxicos, células NK y macrófagos, llevando a una secreción incrementada de citocinas proinflamatorias.

**Descripción del caso**

Masculino de 37 años que inició en 11.2021 con episodios de fiebre intermitente acompañado de diaforesis nocturna, agregándose pérdida de peso y malestar general. En 07.2022 acudió a valoración médica donde se realizó diagnóstico de infección por VIH, iniciando tratamiento con terapia antirretroviral con CD4+ de 64 células/mm<sup>3</sup>. El 10.12.2022 presentó episodio de rectorragia, con persistencia de fiebre, por lo que acudió al servicio de Urgencias. Como abordaje inicial, en estudios de laboratorio con anemia con criterios transfusionales, leucopenia, trombocitopenia grave, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, así como elevación de marcadores de inflamación; en tomografía simple de tórax y contrastada de abdomen, con neumonía con patrón inespecífico y hepatoesplenomegalia; se solicitaron hemocultivos por lisis, aglutinación en placa en búsqueda de Brucella, antígeno urinario de Histoplasma, antígeno sérico de Cryptococcus, carga viral y conteo de CD4+. Se sospechó de linfohistiocitosis hemofagocítica, calculándose un HLH 2004 de 6 puntos. Se realizó aspirado de médula ósea y biopsia de hueso. El 17.12 se reportó desarrollo de levaduras redondas en hemocultivos por lisis; inició cobertura antifúngica con anfotericina B liposomal y, posteriormente, se identificó Cryptococcus spp., adicionándose fluconazol intravenoso. Por persistencia de fiebre, se realizó PET con 18-FDG que documentó ganglios con incremento del metabolismo y zonas focales de hipermetabolismo en estructuras óseas. Se realizó revisión de biopsia de médula ósea y el 06.01 se reportó como linfoma de Hodgkin clásico, iniciándose dexametasona y quimioterapia con ABVD.

**Discusión**

En pacientes con VIH, infecciones oportunistas y linfomas representan los desenlaces más frecuentes de HLH y, por tanto, los más importantes a descartar. El diagnóstico en este grupo puede ser complejo debido a que múltiples anomalías clínicas y de laboratorio en criterios HLH 2004 pueden presentarse en enfermedad avanzada. Se sugiere un tratamiento corto contra la inflamación mediante el empleo de esteroides, con el consenso de iniciar o reiniciar terapia antirretroviral. El papel del tratamiento dirigido para HLH en pacientes con VIH debe individualizarse y ser manejados mediante un abordaje multidisciplinario.

1002

**Diagnóstico Precoz con Beta D GLUCANO en un paciente Japonés con Neumocistosis Severa, inicio oportuno de tratamiento con Excelente desenlace clínico**

Autor: Alan Michell Davalos Sánchez - Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Coautores:** Álvaro López Íñiguez - Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), Luis Alfredo Ponce de León (INCMNSZ), Jaime Federico Andrade Villanueva - Unidad de VIH Benemérito Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (BHCG), Sergio Zúñiga Quiñones (BHCG), Jaime Briseño Ramírez (BHCG), Víctor Ahumada Topete (INER)

**Introducción**

La Neumonía por Neumocistosis Severa tiene una alta mortalidad por lo que es de suma importancia hacer un abordaje clínico, radiológico y sobre todo uso de nuevas herramientas como el Beta D Glucano para inicio temprano de tratamiento altamente efectivo ya que el tiempo es oro y de suma importancia en pacientes con un debut que pudiera tener complicaciones durante su hospitalización irreversibles.

**Descripción del caso**

Paciente Masculino de visita en México originario de Japón el cual al encontrarse de vacaciones inicia con disnea de pequeños esfuerzos progresando de forma aguda llevándolo a Hospitalización en Julio del 2023. Ingresó con insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 con una PaFi de 58 con necesidad de oxígeno a altos flujos tomando la decisión de uso mascarilla Reservorio a 10 litros por minuto. Se decide la toma de prueba para detección de SARS COV -2 con resultado no reactivo así como radiografía de tórax con patrón retículo modular difuso, en base al antecedente de pérdida de peso y factores de riesgo se decide tomar muestra para detección de HIV de cuarta generación resultando Reactiva en dos ocasiones por lo que se solicita TAC de tórax simple observando patrón de vidrio deslustrado con daño alveolar difuso del 90% tomado la decisión de solicitar medición B D GLUCANOS como medición de infecciones micóticas profundas por su alta sensibilidad del 70 % y alta especificidad del 92% y VPP del 83% así como su ausencia VPP 100% lo que la hace una excelente herramienta dentro de los abordajes diagnósticos en pacientes con VIH. Iniciamos de forma temprana tratamiento a base de esteroides, TMP/SMX manteniendo oxígeno con mascarilla Reservorio sin necesidad de VMU progresando con mejoría ventilatoria culminando el tratamiento por 21 días, en espera del resultado de Carga Viral y conteo de CD4.

**Discusión**

Actualmente en nuestro país y a nivel mundial a pesar de contar con PREP altamente efectiva continuamos ingresando pacientes con debut de oportunismos que requieren un abordaje específico utilizando herramientas como el B D Glucano en pacientes con PCP severa que modifican el desenlace de la enfermedad con beneficio franco y oportuno.

1003

**MIELITIS TRANSVERSA COMO PRESENTACIÓN DE LA CO-INFECCIÓN POR VIH Y TUBERCULOSIS.**

Autor: Lya Sahian Méndez Aguilar - Petróleos Mexicanos

Coautores: Edwin Honorio López Acuña - Hospital Regional Minatitlán Pemex

**Introducción**

Los pacientes con VIH positivo recién diagnosticados que exhiben síntomas neurológicos, puede representar la primera infección oportunista en el sistema nervioso central. La tuberculosis (TB) es una causa de mielitis transversa, se debe tener un alto índice de sospecha para diagnosticar mielitis tuberculosa principalmente en condiciones de alto riesgo como área endémica de tuberculosis, tuberculosis cerebral asociada o infección por VIH.

Desde la aparición del VIH la incidencia de reactivación de casos de TB latente ha aumentado, así como la probabilidad de primoinfección al exponerse al bacilo tuberculoso con una progresión rápida después de la infección.

En 2017 la OMS estimó un aproximado de 30.000 nuevos casos de TB asociada al VIH, 24.000 muertes en personas con TB, 25% de las cuales están coinfectadas con VIH.

**Descripción del caso**

Femenino 39 años, sin Crónico degenerativas, inicia en marzo de 2022 con alteraciones en la marcha; progresa a paresia de extremidades inferiores, se agrega pérdida de peso y deterioro del estado de alerta. Glasgow de 12 puntos, rigidez nucal, signo de brudzinksi +, kernig +, paraparesia asimétrica en ambas extremidades inferiores, con arreflexia patelar y aquilea bilateral, extremidades superiores derecha e izquierda con fuerza 3/5 en escala de Daniels, extremidades inferiores fuerza 1/5 en escala de Daniels, Babinski positivo derecho, incontinencia urinaria y constipación.

Resonancia magnética con mielitis transversa del cordón torácico y cono medular.

ELISA para VIH positivo, WB + para VIH. Carga Viral 22437 CD 4+ 6 Cel/μL al diagnóstico.

Punción lumbar ligeramente turbio células totales 300,000, leucos 0, proteínas totales 332.9 mg/dl, glucosa 37.1, ph= 7.5, densidad= 1.015, ldh= 390.53 u/l. Adenosin desaminasa en LCR 21.7 U/L.

Inicia tratamiento para tuberculosis meningea con fase intensiva que se acompaña de esteroides y profilaxis contra otros oportunistas. Durante su estancia con recuperación del estado de alerta, Glasgow 13, continúa con poca fluidez de palabras, sin recuperar movilidad en extremidades.

**Discusión**

Se trata de una paciente que ingresa por deterioro neurológico debido a coinfección por VIH y tuberculosis con meningitis y mielitis transversa secundaria, la cual recibe tratamiento con mejoría parcial de sintomatología.

1004

**Trasplante de órgano sólido en paciente que vive con VIH reporte de caso.**

Autor: SARAI HERRERA CABALLERO - Hospital General Morelia Dr. Miguel Silva

Coautores: Sarai Pinón Villagómez, Elsa Daniela Zavala Álvarez, Fredy Vázquez Hernández. Hospital General Morelia

**Introducción**

Dentro de la historia natural de la enfermedad de la infección por VIH, secundario a factores inmunológicos del huésped y características genéticas del virus, algunos portadores logran un control parcial de la viremia sin el uso de tratamiento anti retroviral, este pequeño grupo de pacientes se conocen como controladores elite, definiéndose como aquellos con infección por VIH que no han recibido terapia anti retroviral, y conteo viral menor a 50 copias en tres terminaciones séricas, por al menos un año. Se presenta caso de un paciente con estas características, postrasplante en seguimiento por el servicio de Infectología en el Hospital General Morelia Dr. Miguel Silva.

**Descripción del caso**

Masculino de 28 años, forrajero, soltero.

Toxicomanías, transfusiones, COMBE negativo, convivencia con ganado porcino y bovino, inmunizaciones completas, IVSA a los 17 años, relaciones HSM.

ERC secundaria a glomerulonefritis segmentaria y focal; en tratamiento sustitutivo renal desde 2015, Diagnóstico de VIH en 2018 con múltiples ELISA y WB positivo CV negativo desde diagnóstico, con carga viral para VIH negativa con 597 CD4. Sin tratamiento antirretroviral. En febrero 2023 trasplante renal de donador cadavérico, recibió timoglobulina a dosis 4 mg/kg post trasplante. En abril 2023; disfunción de injerto con elevación de creatinina con respecto a su basal, biopsia renal reporta daño tubular agudo requiriendo ajuste de inmunosupresores (traclimul y prednisona); ultima consulta de seguimiento en mayo 2023 carga viral VIH indetectable, 399 CD4.

**Discusión**

Existen pocos casos reportados de controladores elite, post trasplantados de órgano sólido. En este caso, el uso de globulinas anti-tímocito (ATG) en postrasplante induce la disminución de CD4 totales entre las semanas 2-8 con un pico en la cuarta, se plantea el seguimiento a los siguientes 6 meses posteriores con vigilancia de carga viral y CD4, para determinar si el inicio de tratamiento ARV es factible. Existe controversia en el inicio de tratamiento antirretroviral en este grupo de pacientes en torno al beneficio que brindan.

1006

#### Uso de B D Glucanos como Herramienta Diagnóstica en Paciente de 18 años con neumonía Atípica y ELISA Inicial No Reactivo.

Autor: ALAN MICHELL DAVALOS SANCHEZ

Coautores: Álvaro López Íñiguez\*, Luis Alfredo Ponce de León\*, Jaime Federico Andrade Villanueva\*\* \*Unidad de VIH (BHCG), Sergio Zúñiga Quiñones\*\*, Jaime Briseño Ramírez\*\*, Víctor Ahumada Topete INER, José Ernesto Juárez León – ISSSTE \*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, \*\*Unidad de VIH Benemérito Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

#### Introducción

Actualmente las complicaciones observadas en la evolución del paciente que vive con VIH son Metabólicas incluyendo las cardiovasculares y metabolismo óseo, gracias a la PREP y a su disponibilidad en nuestro país disminuyen los ingresos hospitalarios así como la presentación de los oportunistas. Posterior a la pandemia por sars cov-2 sigue en aumento los ingresos hospitalarios por neumonías atípicas que ocasionan insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 con mala evolución clínica al no ser detectada con las herramientas de más alta sensibilidad y especificidad por lo que se sugiere oportunamente el uso de Beta D Glucanos en el contexto de infecciones micóticas sistémicas incluyendo Pneumocystis jirovecii como el principal oportunismo de ingreso hospitalario recordando los inicios de 1986.

#### Descripción del caso

En Urgencias masculino de 18 años sin comorbilidades, sin síndrome consuntivo, cuadro de 2 semanas de evolución incluyendo disnea de medianos esfuerzos, tos seca y fiebre que progresa a disnea de pequeños esfuerzos mMRC 3 tomando radiografía de tórax con patrón reticulonodular difuso bilateral, tomografía simple de tórax afectación del 85% patrón vidrio deslustrado y daño alveolar difuso sin atelectasias alta sospecha de PCP. DHL 896 Gradiente Alveolar arterial alto con PAFI 103. Hace mención de tener en el mes de abril última práctica de riesgo siendo receptor sin uso de preservativo completando PREP pre y post exposición por lo que solicitó ELISA de 4ta generación con resultado negativo, se decide solicitar medición de B D Glucanos obteniendo resultado positivo para infección fúngica invasiva iniciando de forma temprana TMP/SMX con Prednisona esquema reducción por 21 días, paralelamente obtengo Carga Viral y conteo de CD4 clasificándolo en estadio C3, Baciloscopias negativas con Gen Xpert de LAB negativo. Evolución Respiratoria Favorable.

#### Discusión

A pesar de la Prep con un aumento de oportunistas en especial neumonías atípicas sugiriendo la medición de B D -Glucanos para el inicio de un Dx y tratamiento oportuno, ante la alta sospecha con pruebas de cuarta generación negativas es necesario el solicitar CV y CD4 evitando la mortalidad o progresión. Exámenes de apoyo Dx con B D Glucano con VPN del 99%, sensibilidad y especificidad de 92% con VPP 60%.

1007

#### SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA CON CICLOSERINA PARA TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE QUE VIVE CON VIH, REPORTE DE UN CASO

Autor: Uda Cabrera Osorio - Secretaría de Salud

Coautores: Sandra Kira Niño Obertero\* Manuel Alejandro Duran García\* \*Centro de Alta Especialidad "Dr. Rafael Lucio" Secretaría de Salud.

#### Introducción

Frente al incremento de casos de tuberculosis resistente al tratamiento de primera línea, el uso de la cicloserina es cada vez más frecuente; este es un bacteriostático análogo estructural del aminoácido L-alanina, que está estrechamente relacionado con la aparición de manifestaciones neurológicas y psiquiátricas.

#### Descripción del caso

Hombre de 43 años con recién diagnóstico de infección por VIH, tuberculosis pulmonar y hepática diagnosticado por Gene Xpert de expectoración y biopsia hepática respectivamente, ambas sin resistencia detectada a Rifampicina. Hospitalizado durante un mes con tratamiento de segunda línea para tuberculosis por afectación severa a hígado, caracterizado por hiperbilirrubinemia, egresado con tratamiento ajustado por el Grupo Asesor Nacional de Farmacoresistencia (GANAFAR) con: Levofloxacino, Isoniazida, Cicloserina y Amikacina.

Siete días después del inicio del tratamiento de segunda línea, comenzó con crisis convulsivas tipo tónico-clónicas generalizadas, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. Se realizó tomografía simple y contrastada de cráneo, punción lumbar y estudios de laboratorio generales; con resultados normales, además Gene Xpert en líquido cefalorraquídeo (LCR) negativo. Ante la sospecha de efecto adverso por Cicloserina se decide suspenderlo. Fue valorado por psiquiatría quién ajustó tratamiento sintomático con risperidona y clonazepam. Al día 10 de la suspensión y del inicio del tratamiento psiquiátrico remitieron los síntomas. Se sustituyó Cicloserina por Rifampicina y se decide su egreso completamente asintomático.

#### Discusión

Los efectos adversos neuropsiquiátricos asociados a la Cicloserina están bien documentados, estos se extienden desde insomnio hasta crisis convulsivas. En este caso la temporalidad es muy importante ya que la aparición de la sintomatología coincide con el inicio del tratamiento, en nuestro paciente se excluyeron otras causas y al remitir la sintomatología tras suspender este antimicrobiano se integró el diagnóstico de efecto adverso al tratamiento de segunda línea (Cicloserina). Se ha encontrado la relación de la sintomatología con la dosis administrada, siendo más común si es igual o mayor de 0.75 g al día. Es importante para futuras indicaciones la búsqueda intencionada de antecedentes neuropsiquiátricos ya que esto sería una contraindicación para su uso.

1008

#### Meningoencefalitis por Herpes Zóster en pacientes que viven con VIH. Serie de casos.

Autor: Jack Noé Salto Quintana - INCAN

#### Introducción

Se reporta serie de 4 casos valorados por el departamento de Infectología en un periodo de 2 años.

#### Descripción del caso

Se trata de 4 pacientes con rango de edad entre 27 a 47 años, 3 hombres y 1 mujer, todos cursaron primoinfección durante la infancia.

El 75% de los pacientes se encontraba en etapa 2 de la clasificación de OMS (CD4 de 216, 245 y 349) y el resto en etapa 3 (CD4 de 12). El 75% ya se encontraba en terapia antirretroviral (BIC/TAF/FTC) y el intervalo entre el diagnóstico de VIH y la meningoencefalitis fue menor a 6 meses en los 4 pacientes.

Las comorbilidades al momento del diagnóstico fueron (Sarcoma de Kaposi actual y antecedente de neurosífilis resuelta), (Sarcoma de Kaposi, Histoplasmosis diseminada, Castleman), (Tuberculosis hepática), (sin comorbilidades) respectivamente

El 75% de los pacientes presentó cefalea y fiebre. Ninguno cursó con la triada clásica de meningitis. La presencia de exantema vesicular característico de VVZ fue documentado en todos los pacientes. De manera característica, los dermatomas más comúnmente afectados fueron: rama trigeminal (V2 > V1), C2-4 > L4-5), respectivamente.

El análisis de Líquido cefalorraquídeo reportó cuentas leucocitarias menores a 5 cels/mcL para el 75% de los pacientes, solo 1 paciente presentó pleocitosis (30 cels/mcL), con linfocitos del 96%. Ninguno de los pacientes presentó hipoglucorraquia y solo 1 paciente cursó con Hiperproteinorraquia (108 mg/dL).

Todos fueron diagnosticados por PCR múltiple en LCR y fueron sometidos a estudios de imagen diagnóstica, 3 a tomografía (por disponibilidad) y 1 a RMN (único que reportó anomalías "hiperintensidad en ambos hemisferios temporales y frontales en FLAIR, restricción en difusión de predominio bitemporal").

Los 4 pacientes fueron tratados con Aciclovir durante 14 días, ninguno de ellos presentó reacciones adversas. El 50% presentó como neuralgia postherpética. A los 30 días todos sobrevivieron, ninguno de ellos presentó eventos cerebrovasculares.

#### Discusión

Los pacientes que viven con VIH presentan 15 a 20 veces mayor riesgo respecto a los seronegativos para reactivación de VVZ. La afectación craneocervical es factor de riesgo asociado a meningitis. Las secuelas de la meningoencefalitis por VVZ ocurren en el 50% de los pacientes, con mortalidad hasta del 33%.

1009

#### Encefalitis con polineuropatía craneal como manifestación de Herpes Zoster en un paciente que vive con VIH, reporte de caso.

Autor: Manuel Enrique Villalobos Padilla \*

Coautores: Mayra Guadalupe Sánchez Muñoz\* Rómulo Ramírez Gutiérrez\*, Daniela Ortiz Zacarías \*Roxana Claudia Iquezi Condori\*, Laura Nuzzolo-Shihadeh\* \*Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

#### Introducción

La reactivación de la infección por el virus de varicela zoster, denominada herpes zóster (HZ), se incrementa en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estos pacientes presentan cuadros más extensos, de rápida progresión y afectación visceral. A continuación, se presenta el caso de un paciente que vive con VIH y desarrolló encefalitis con polineuropatía craneal por HZ.

#### Descripción del caso

Paciente femenino de 50 años, con antecedente de infección por VIH diagnosticada en julio de 2022 en el contexto de meningoencefalitis por Cryptococcus spp. resuelta, en tratamiento con BIC/TAF/FTC refiriendo buen apego. Su carga viral de VIH en sangre al diagnóstico fue de 31,152,268 copias/mm<sup>3</sup> y conteo de linfocitos CD4 + 53 Cel/mm<sup>3</sup>. Acudió por tres días de cefalea, disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo, debilidad en hemiarca izquierda, imposibilidad para la oclusión total del ojo y desviación de la comisura bucal.

A la exploración destacan piel y tegumentos sin alteraciones, hallazgos compatibles con parálisis facial periférica izquierda, alodinia de hemicara izquierda, úvula con desviación hacia la izquierda, sin signos de irritación meníngea. Al Ingreso, se realizó punción lumbar obteniendo líquido cefalorraquídeo de aspecto claro, recuento celular 123 leucocitos/ml, 94% linfocitos, Gram sin morfotipos bacterianos, proteínas 105mg/dl, glucosa 53mg/dl, tinta china negativa, antígeno de Cryptococcus spp negativo, y cultivo aerobio negativo. Panel BioFire Meningitis/encefalitis [ ] con virus de varicela zoster detectado.

La resonancia magnética cerebral contrastada demostró realce leptomeningeo nodular fino en tallo. Se integró diagnóstico de encefalitis con polineuropatía craneal y se inició tratamiento con aciclovir endovenoso 10mg/Kg cada 8 horas, con respuesta clínica favorable y egreso sin datos de focalización neurológica a los 14 días.

#### Discusión

La afectación del sistema nervioso central por HZ sin manifestaciones cutáneas es un cuadro poco frecuente que se puede presentar independientemente del estado de inmunodeficiencia del paciente, sin embargo, en el contexto de pacientes que viven con VIH resulta vital descartar causas centrales de la parálisis facial periférica debido a que un grado alto de inmunosupresión se relaciona a cuadros diseminados, graves, de presentación menos frecuente y pobre respuesta al tratamiento.

1011

**Liposomas de fosfatidilcolina como una posible pauta terapéutica en la infección por VIH-1.****Autor:** Ariadna Hernández Pérez \***Coautores:** Mildred Aleli López López\*, Iván López García \*  
\* Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.**Objetivo**

Analizar las evidencias científicas del efecto terapéutico y los mecanismos de acción implicados en el uso de liposomas de fosfatidilcolina, en la infección por el VIH-1.

**Material y método**

Se realizó una búsqueda de artículos científicos y análisis sistemático de los estudios documentados desde el 2011 a la fecha en las bases de datos de PubMed, Google Scholar, utilizando como palabras de búsqueda "Phosphatidylcholine liposomes", "HIV-1", "liposomes", "infectious diseases", "HIV treatment", "alternativas terapéuticas", "fosfatidilcolina", "liposomas". Los criterios de inclusión fueron: (1) artículos en inglés y español, (2) que no excedieran los 12 años de antigüedad y (3) enfocados en la aplicación clínica, terapéutica y preventiva de los liposomas de fosfatidilcolina en la infección por VIH-1. De 22 artículos se seleccionaron 6 artículos para su análisis detallado

**Resultados**

Los liposomas constituidos por fosfatidilcolina cumplen múltiples funciones biológicas incluyendo la regulación negativa de los receptores de proteína de membrana. El análisis detallado arrojó que 3 de los 6 artículos señalan que el mecanismo por el cual se lleva a cabo la regulación a la baja de la expresión del receptor CD4 en los macrófagos humanos tipo 1 está mediado por PKC que induce a la fosforilación de serina 433 en la cola intracitoplasmática del receptor CD4, sin embargo, solo 1 de los artículos menciona que la fosforilación es la señal para la internalización y degradación en los compartimentos ácidos, esto último siendo probado por la estimulación de los macrófagos tipo 1 con concanamina A (inhibidor vacuolar de tipo H+-ATPasa) y teniendo como resultado un aumento intracelular de CD4.

**Conclusiones**

La administración en aerosol de liposomas de fosfatidilcolina ha demostrado regular a la baja la expresión de receptores CD4 en macrófagos tipo 1, representando una estrategia atractiva para interferir en la entrada de VIH-1 a una de las células diana. Al mismo tiempo, se propone como una línea preventiva para infecciones pulmonares oportunistas en pacientes con VIH-1.

1013

**Insuficiencia suprarrenal enmascarada en paciente con VIH de reciente diagnóstico****Autor:** Irving Efraim Castro Gastelum - Instituto Mexicano Del Seguro Social**Coautores:** Jocelyn Lechuga Rodríguez, Melissa Carvajal Jalomo, Jaime Eugenio Espinosa Mora, Edgardo Leonor Arramberri - Instituto Mexicano Del Seguro Social.**Introducción**

La insuficiencia suprarrenal, a menudo subclínica, es una de las complicaciones endocrinas potencialmente mortales más comunes en pacientes con VIH/SIDA, rara vez se diagnostica en la práctica clínica porque los síntomas no aparecen hasta la destrucción >80% de la glándula y cuando está presente, generalmente involucra a pacientes en etapas avanzadas de la infección o en tratamiento con medicamentos que interfieren con el metabolismo del cortisol. Se ha encontrado hasta un 84% de asociación de HIV y CMV con adrenaritis. (1-2).

**Descripción del caso**

Se presenta caso de masculino de 40 años, con antecedente de hipertensión arterial que ameritó suspensión de tratamiento farmacológico por cursar con hipotensión; cursa cuadro clínico caracterizado por disminución de agudeza visual en ojo izquierdo progresando a cortina oscura de tipo central. Se realiza valoración por oftalmología refiriendo infarto retiniano e inicia tratamiento con prednisona 50mg cada 24h durante 7 días. Posteriormente se agregan episodios de náuseas, mareo, debilidad, hiporexia, pérdida ponderal no intencional de 12kg en 4 semanas, presentando pérdida total de la visión de ojo izquierdo y presencia de hiperpigmentación de piel y mucosas. Se establece diagnóstico de retinitis por citomegalovirus (CMV) y se realiza prueba para VIH siendo reactiva y detentando un conteo de CD4+ 8cel/U por lo que se hospitaliza para recibir tratamiento con Ganciclovir intravenoso 350mg cada 12h durante 21 días. Durante internamiento cursa con hiponatremia severa asintomática e hiperkalemia, y debido a hiperpigmentación en piel y mucosas se solicita cortisol sérico con resultado de 3.6 l iniciando tratamiento con prednisona 7.5mg cada 24h por insuficiencia suprarrenal secundaria a VIH/SIDA y CMV.

**Discusión**

La insuficiencia suprarrenal en pacientes con VIH es un trastorno frecuente poco considerado, es importante tener alta sospecha de ésta en enfermos con infecciones por oportunistas, aun cuando no existan manifestaciones clínicas características, por que siempre deberá considerarse búsqueda intencionada de trastornos endocrinológicos. El tratamiento de suplementación con glucocorticoides será de por vida, incluso en individuos asintomáticos.

1014

**HOW ARE HIV POSITIVE MSM PATIENTS WITH ABNORMAL ANAL CYTOLOGIES BEING EVALUATED? RESULTS FROM A SINGLE CENTER, 12 YEAR FOLLOW-UP OBSERVATIONAL STUDY IN MEXICO CITY****Autor:** Rodrigo Ville Benavides - Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.**Coautores:** Guadalupe Muñozuri-Nájera, Yanik Caro-Vega (INCMNSZ), Alejandro García-Carranca, Rocío Méndez Martínez, Juan Sierra-Madero, Brenda Crabtree-Ramírez - Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer, Instituto de Investigaciones Biomédicas Universidad Nacional Autónoma de México & Instituto Nacional de Cancerología.

**Background:** anal cancer screening is recommended for HIV-positive men who have sex with men (MSM). Recent evidence supports referral for high-resolution anoscopy (HRA) and treatment of biopsy proven high-grade intraepithelial lesions (HSIL) in patients with abnormal anal cytology (AC) results. This study aims to evaluate the frequency of colorectal specialist (CRS) service referral and uptake, as well as the number and outcomes of HRA in patients with abnormal ACs.

**Methods:** in this 12-year follow-up observational study, we included HIV-positive adult MSM screened for anal human papillomavirus infection (HPVI) in 2008 at a tertiary care hospital in Mexico City. We retrospectively reviewed electronic medical records to determine the frequency of CRS referral and uptake, and the frequency and results of standard anoscopies and HRA performed from 2008 to 2020.

**Results:** in 2008, a total of 323 patients were screened for anal HPVI. Of those, 279 patients (85%) had anal HPVI. Among these, 94 (33%) were identified to have serotypes 16 or 18. After a follow-up period of 12 years, 231 patients (71%) underwent one or more ACs performed (total of 579 ACs, median 2 per patient, IQ 0-3). Throughout the observation period, a total of 150 patients (46%) had abnormal cytology results, of whom, 130 (87%) were referred to the CRS with an uptake of 84% (126 patients). Of these patients, 92 (73%) underwent standard anoscopy and 16 (13%) underwent HRA. Notably, only 8% of patients with standard anoscopy had an abnormal result, whereas 75% of patients who underwent HRA had an abnormal result.

**Conclusions:** referral and uptake to the CRS was high in this cohort, however, frequency of HRA performed was low. The notable increase in abnormal results in patients undergoing HRA compared to standard anoscopy emphasizes the importance of evaluating abnormal AC results by HRA. Nevertheless, cost and shortage of trained personnel may present barriers to accessing HRA. Therefore, the optimal strategy for anal cancer screening in a limited resource settings such as ours is yet to be defined.

1015

**DETECCIÓN DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH CON WAISS-III****Autor:** Silvia Paola Barragán Hernández - ISSSTE**Coautores:** Leonardo Darío De la Torre Carmona, José Giovanni López Mucio, Patricia Zamudio Silva, Guillermina Villanueva Aranda, Carlos Palafox Nicolás, Ángeles Ruiz Pérez, Jeannette Badillo Piña, María Isabel Sánchez Navarro, Yareth Jiménez Osorio, Hannah Mariela Carranza Rodríguez - ISSSTE**Objetivo**

Determinar la frecuencia de trastorno neurocognitivo con WAISS-III en personas adultas que viven con VIH con tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza"; así como su asociación con la carga viral, conteo de CD4 y tiempo de diagnóstico.

**Material y método**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años, con educación media superior que viven con VIH, en tratamiento antirretroviral en el Hospital General "Regional Ignacio Zaragoza". Se aplicó la escala de Wechsler de inteligencia para adultos-III (WAISS-III) durante el periodo de enero 2022 a enero 2023. Los datos obtenidos se asentaron en una base de recolección de datos en SPSS 10, asociando edad, género, carga viral, conteo de CD4, TARV, tiempo de diagnóstico, CI verbal, CI de ejecución, CI memoria de trabajo, CI velocidad de procesamiento y CI total. Se aplicaron medidas de tendencia central, X<sup>2</sup>, ANOVA, T de Student y Tau de Kendall.

**Resultados**

El 26.6% cursan con trastorno neurocognitivo leve y 20% con demencia asociada a VIH. Existe una significancia (p<0.05) entre los puntajes de CD4 y el CI total y asociación negativa entre los niveles de CD4 y la carga viral (p<0.01). A mayor nivel de CD4 existirá un mayor puntaje de CI verbal. Aquellos en tratamiento con bictegavir/tenofovir/emtricitabina (BIC/TAF/FTC) se encuentran tanto niveles neurocognitivos normales como trastorno neurocognitivo leve y demencia asociada al VIH. No existieron diferencias significativas entre la carga viral y el conteo de CD4 al momento del estudio y el tipo de deterioro neurocognitivo. Aquellos en tratamiento con bictegavir/tenofovir/emtricitabina obtuvieron mayores puntajes de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Hay una asociación significativa (p<0.01) entre el puntaje de memoria de trabajo con los niveles de CD4. No existe una correlación significativa entre el tipo de deterioro neurocognitivo y el tiempo de diagnóstico. Todos aquellos con trastorno neurocognitivo leve y demencia asociada a VIH tuvieron conteo de CD4 inicial bajo y carga viral detectable.

**Conclusiones**

El trastorno neurocognitivo asociado a VIH es una entidad infradiagnosticada que está relacionada con el estatus virológico e inmunológico de los pacientes.

1016

**Insuficiencia hepática aguda secundaria a tuberculosis hepática aislada en paciente con VIH**

Autor: Luis Angel Bastida Castro\*

Coautores: Darío Olgún Reyes\*  
\* Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**Introducción**

La infección por *Mycobacterium Tuberculosis* es una enfermedad cuya principal manifestación suele ser a nivel pulmonar, aunque puede haber distintas manifestaciones extrapulmonares. Es bien conocido la íntima relación entre esta infección y la co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis extrapulmonar es frecuente en pacientes que se encuentran en estado de inmunosupresión debido a una etapa avanzada de la infección por VIH, algunos órganos afectados frecuentemente son ganglios linfáticos, intestino, meninges. La tuberculosis hepática es una manifestación poco común de la tuberculosis extrapulmonar, más aún cuando se trata de una presentación de forma aislada.

**Descripción del caso**

Se trata de hombre de 38 años de edad ingresado a nuestra institución secundario a dermatosis sugestiva de herpes zóster, quien durante hospitalización se integran los siguientes diagnósticos:

Infección por VIH  
Retinopatía por VIH  
Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y Citomegalovirus  
Infección por Virus Herpes Zóster en región centro facial  
Encefalitis por Virus Herpes Zóster  
Hemofagocitosis leve

Durante abordaje y hospitalización llama la atención la elevación de marcadores inflamatorios, con alteración en tiempos de coagulación, integrando cuadro de insuficiencia hepática aguda. Durante abordaje es realizada biopsia hepática, a la cual se le hizo cultivo, sin reporte de crecimiento, en histopatología observándose parénquima hepático con infiltrado inflamatorio crónico y granuloma en lobulillo hepático no caseificante y con células gigantes multinucleadas. Posteriormente se realizó Genexpert en misma muestra con detección de *Mycobacterium tuberculosis*.

**Discusión**

El incremento en casos de tuberculosis extrapulmonar ha incrementado secundario a la pandemia por VIH/SIDA. En la literatura se menciona alrededor de un 80% de casos de tuberculosis hepática secundario a tuberculosis miliar y tan solo un 20% presentado como presentación local. Cabe resaltar, los hallazgos imagenológicos por tomografía suelen reportar lesiones pequeñas de aspecto nodular en algunos casos y la histopatología suele denotar la presencia de granulomas mismos que si bien son altamente sugestivos, no son específicos. El propósito del presente trabajo, es mostrar la presencia de una micobacteria en un sitio infrecuente, sin presencia de la misma en otro órgano, con una presentación clínica insidiosa y con alto impacto en la supervivencia del paciente en caso de no ser tratada.

1017

**Hiperbilirrubinemia por anfotericina B liposomal en paciente VIH e histoplasmosis: reporte de caso.**

Autor: Emilio José Castillo González\*

Coautores: María Teresa Ramírez Elizondo\*,  
\*Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González**Introducción**

La hiperbilirrubinemia secundaria a uso de anfotericina B liposomal es un efecto adverso muy raro, sin embargo, en caso de presentarse, la literatura reporta que puede ser reversible con el cambio de la presentación del medicamento.

**Descripción del caso**

Paciente masculino de 28 años, IVSA 17 años, 8 parejas sexuales, HSH. Inició su padecimiento 8 semanas previo a su ingreso con astenia, adinamia, pérdida de peso no intencionado de 15kg y fiebre intermitente. En su abordaje se le hizo diagnóstico de infección por VIH y antigenemia asintomática por *Cryptococcus* spp. Se le realizó biopsia de médula ósea, observando levaduras intracelulares por lo que se inició tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 5mg/kg cada 24 horas para manejo de histoplasmosis diseminada. Al 5to día de iniciado el tratamiento, se evidenció elevación de bilirrubinas expensas de bilirrubina directa, sin elevación de fosfatasa alcalina ni gammaglutamiltransferasa. Se le solicitó ultrasonido hepático y vías biliares así como una colangiografía por resonancia las cuales se reportaron sin hallazgos patológicos. De acuerdo con los resultados, se asoció secundario al uso de anfotericina B liposomal, por lo que se cambió a anfotericina B desoxicolato a dosis de 1mg/kg cada 24 horas. Posterior al cambio de presentación hubo descenso de bilirrubinas y el paciente no desarrolló lesión renal aguda ni alteraciones hidroelectrolíticas. El paciente continuó en vigilancia luego del término del tratamiento y se cambió a itraconazol como manejo para la histoplasmosis diseminada y la antigenemia por *Cryptococcus* spp. Actualmente paciente con adecuado apego al tratamiento con normalización de bilirrubinas.

**Discusión**

Dentro de los efectos adversos de la anfotericina B liposomal, los más esperados son lesión renal aguda e hipokalemia. Se ha descrito que entre más liposoluble es la presentación de dicho medicamento tiene mayor afinidad distintos órganos, teniendo la presentación desoxicolato mas afinidad por el riñon mientras que la presentación liposomal tiene mas afinidad por hígado y vía biliar, encontrándose reporte de casos en los que la hiperbilirrubinemia secundaria a anfotericina B liposomal representa menos del 1%, en dichos casos el cambio de presentación del medicamento se correlaciona con resolución de dicha afectación biliar.

1018

**Estrategia de optimización a nivel nacional con bictegravir, emtricitabina y tenofovir alafenamida en niños y adolescentes que viven con VIH: un estudio de la vida real en población mexicana**

Autor: José Fernando García Pons - Universidad de Guanajuato

Coautores: Juan Luis Mosqueda-Gómez - Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), Caro Vega Yanik\*, José Raúl Nieto Saucedo\*, Alicia Piñeirúa Menéndez - CISIDAT, Santiago Ávila Ríos - CIENI-NER, Florentino Badial Hernández\*\*, Alethe De la Torre Rosas - CENSIDA, Andrea González Rodríguez\*\*, Juan Sierra Madero\*, Gustavo Reyes Terán - CCINSHAE, María Carolina Santibañez Montoya - Universidad de Guanajuato División Ciencias de la Salud Campus León.

\* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, \*\* Clínica Especializada Condesa (CEC)

**Objetivo**

La terapia antirretroviral (TAR) entre niños y adolescentes que viven con el VIH (N/AVVIH) incluye frecuentemente medicamentos considerados obsoletos entre los adultos. Desde 2019, México implementó un programa nacional de optimización del TAR, basado en el uso de inhibidores de la integrasa de segunda generación (INSTI) -principalmente BIC/TAF/FTC coformulados- como esquemas preferidos para el inicio y cambio del TARV. Nuestro objetivo fue evaluar este programa de implementación en los N/AVVIH.

**Materiales y métodos**

Los datos se obtuvieron del SALVAR (Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV). Incluimos información de N/AVVIH entre 8 y 17 años, que comenzaron con TAR o cambiaron a BIC/TAF/FTC, de junio de 2019 a junio de 2021. Los categorizamos como "iniciaron con BIC/TAF/FTC" (G1), "cambiaron a BIC/TAF/FTC" (G2) o "iniciaron con TAR diferente a BIC/TAF/FTC" (G3). Calculamos la proporción de N/AVVIH con supresión viral (SV, <40 copias/ml) después de seis meses de iniciar o cambiar el TAR; y la duración del régimen, definida como una SV mantenida con el mismo TAR.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 828 N/AVVIH, la mediana de seguimiento fue de 447 días (RIC 182-702); 264 (32%) fueron clasificados como G1, 386 (47%) como G2 y 178 (21%) como G3. La mediana de edad fue de 17 (IQR: 16-18), 15 (IQR: 12-17) y 16 (IQR: 14-17) años (p <0.01) y el 23 %, 48 % y 67 % de los participantes eran mujeres cis-género respectivamente para G1, G2, G3 (p <0.01). El último régimen utilizado antes del cambio de TAR en el G2 se basó principalmente en IP (64%), seguido de NNRTI (20%). En el G3, la mayoría inició con NNRTI (49%), otros INSTI (37%) o IP (11%). Después de seis meses del inicio o cambio de TAR, se logró la SV en el 88%, 96% y 86% de G1, G2, y G3. El 3% y el 8% del G1 y G2 respectivamente, cambiaron el régimen de TAR, a comparación del 10% de los regímenes sin bictegravir.

**Conclusiones**

En este análisis de experiencias de la vida real, el bictegravir mostró un desempeño altamente efectivo y duradero en N/AVVIH.

1019

**FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN BARR, INDUCIENDO LINFOHISTIOCIOSIS HEMOFAGOCÍTICA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.**

Autor: Patricia Rodríguez De la Garza - Christus Muguerza-Udem

Coautores: Paola Borbolla Flores, Lilia María Rizo Topete, Arcenio Choquet Quisbert, Carlos Alejandro Cortés Hernández, Andrés Gómez de León, Juan Francisco Moreno Hoyos, Eduardo Pérez Alba - Christus Muguerza-Udem

**Introducción**

La linfocitocitosis hemofagocítica (HLH) es un síndrome potencialmente mortal, con activación anormal de macrófagos y células T que provoca tormenta de citoquinas. Un curso fulminante puede ocurrir en pacientes inmunosuprimidos por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), explicado por desencadenantes como infección por Virus de Epstein-Barr (VEB). Presentamos el caso de un paciente con inmunosupresión por VIH e infección por VEB que desarrolló HLH.

**Descripción del caso**

Hombre de 37 años, quien tiene sexo con hombres y contaba con un Ag/Ac de VIH negativo seis meses previos al ingreso. Inició tres días previos con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado de ictericia, fiebre y vómito. Al no ceder con tratamiento sintomático, acudió a urgencias donde se documentó ictericia generalizada y mucosa oral seca. Paraclínicos con creatinina 3.69 mg/dL, bilirrubina total 16.12 mg/dL, directa 15.08 mg/dL, AST 125 U/L, ALT 89 U/L, LDH 1026 U/L, triglicéridos 664 mg/dL, amilasa 713 U/L, lipasa 2388 U/L, lactato 11.3 mmol/L, hemoglobina 12 g/dL, leucocitos 3.5 K/uL, neutrófilos 2.68 K/uL, linfocitos 0.65 K/uL, plaquetas 43 K/uL, fibrinógeno 388 mg/dL, ferritina 2791 ng/mL. TAC abdominal con hepatoesplenomegalia y ascitis, hemocultivos y urocultivo negativos. Ante la falla hepática aguda, la lesión renal aguda KDIGO 3, y pancitopenia, se decidió realizar carga viral para VIH que reportó 590,000 copias/mL, CD4 38.19 cel/uL y carga viral de VEB detectada con 3,150,000 copias/mL. Se inició terapia antirretroviral con DTG + FTC/TAF, antibiótico terapia y terapia de reemplazo renal continuo. El sexto día en terapia intensiva, presentó deterioro neurológico acompañado de acidosis metabólica, por lo que requirió intubación orotraqueal con ventilación mecánica invasiva y uso de vasopresor. Ante sospecha de HLH con resultado de H-score 88% de probabilidad diagnóstica, sin posibilidad de realizar aspiración de médula ósea para confirmación diagnóstica por inestabilidad hemodinámica se continuó manejo con esteroides, rituximab y hemoperfusión. El paciente continuó con desenlace tórpido y falleció.

**Discusión**

La HLH debe distinguirse de otras enfermedades multisistémicas asociadas con fiebre, insuficiencia hepática o síntomas neurológicos. Pueden simular sepsis y otras condiciones que se encuentran a menudo en pacientes que viven con VIH. El diagnóstico de HLH requiere un índice alto de sospecha.

1021

### Micobacteriosis diseminada como manifestación de reconstitución inmunológica en paciente que vive con VIH con enfermedad avanzada e inmunosupresión farmacológica.

**Autor:** Patricia Rodríguez De la Garza - Christus Muguerza-Udem

**Coutores:** Cristina Torres Salazar, Sergio Saúl Sánchez Salazar, Andrés Gómez de León, Eduardo Pérez Alba - Christus Muguerza-Udem

#### Introducción

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son causas de enfermedad pulmonar y extrapulmonar. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer, trasplantes y uso de fármacos inmunosupresores como esteroides reducen la inmunidad celular y aumentan el riesgo. Los pacientes que viven con VIH pueden presentar síntomas sistémicos después de la terapia antirretroviral (TAR), como inicio de síndrome de reconstitución inmunológica (SRI). Presentamos el caso de un paciente con inmunosupresión profunda por tratamiento de COVID-19 aunado a enfermedad avanzada por infección por VIH.

#### Descripción del caso

Masculino de 33 años, vacunado con una dosis de Ad26.COVID.S, presentó síntomas respiratorios y PCR de SARS-CoV-2 detectada 18 días previos al ingreso. Se agregó diarrea, fiebre, hipoxia y disnea por lo que acudió a hospital. A la exploración física dificultad respiratoria, múltiples maculas rojizas en tronco posterior y tumoración perianal indolora. Paraclínicos reportaron anemia normocítica normocrómica, PCR gastrointestinal con detección de *Salmonella* spp., TAC toracoabdominal con vidrio despolido y distorsión de la arquitectura pulmonar, así como colon con engrosamiento mural. Se inició tratamiento con oxígeno suplementario con alto flujo, antibioterapia y dexametasona; sin embargo, requirió ventilación mecánica invasiva. Se obtuvo 1,3-β-D glucano > 500 pg/mL y PCR de *Pneumocystis jirovecii* detectado en aspirado traqueal por lo que se inició tratamiento con anidulafungina y trimetoprim/sulfametoxazol. Se realizó biopsia de tumoración perianal que reportó Sarcoma de Kaposi y prueba de Ag/Ac de VIH que resultó positiva. El paciente permaneció con requerimiento de ventilación mecánica invasiva por cincuenta y seis días, presentó complicaciones como neumonía asociada a ventilador por *S. maltophilia* y debido a supuración, infección de úlcera en tórax por *P. aeruginosa* XDR. Se inició TAR con DTG/3TC/ABC y por mejoría se extubó. Posteriormente inició con fiebre y pancitopenia, se realizó aspirado de médula ósea que reportó tinción de Ziehl Neelsen positiva y cultivo con desarrollo de MNT. Presentó choque séptico que requirió de ventilación invasiva y vasopresores; posteriormente falleció por falla orgánica múltiple.

#### Discusión

La mayor disponibilidad de TAR ha disminuido la incidencia de micobacteriosis diseminada. Sin embargo, las personas que viven con VIH y requieren inmunosupresión farmacológica tienen riesgo de desarrollar múltiples infecciones oportunistas durante su reconstitución inmune.

1022

### Genotipificación de lesiones premalignas de cáncer anal en pacientes que viven con VIH

**Autor:** Ivan Sandoval Guzman - Instituto Mexicano del Seguro Social

**Coautores:** Tatiana Ordoñez Rodríguez, Jose Manuel Reyes Ruiz, Omar José Herrera Lopez, Oscar Faibre Alvarez, Ricardo Benítez Tejera, Christian Alberto Rodríguez Santos - Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### Objetivo

Implementar la citología anal para detectar los pacientes que viven con VIH y presentan lesiones premalignas de cáncer anal y además realizar genotipificación para virus del papiloma humano en los pacientes positivos a lesión premaligna.

#### Material y método

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal de pacientes que viven con VIH y se les realizó citología de lesiones premalignas de cáncer anal que acudieron a si consulta en la clínica del Grupo de atención a pacientes con infección retroviral (GAPIR) de la Unidad medicina de alta especialidad número 14 de Veracruz. Se incluyeron 119 pacientes y 5 fueron excluidos por presentar citologías con muestra acelular, dando un total de 114 de los cuales todos son pacientes que viven con VIH y en tratamiento con antirretrovirales, con carga viral indetectable. Para cada paciente se le realizó interrogatorio de antecedentes de importancia y toma de muestra de citología anal con cytobrush. El cepillado se realizó en la zona de transición anorrectal. De los 4 resultados positivos a lesión premaligna a dos se les realizó genotipificación de virus del papiloma humano en conducto anal

#### Resultados

Se tomaron un total de 114 muestras de citología de las cuales 111 (96.5%) fueron negativas para lesión premaligna y 4 (3.5%) con resultado positivo a lesión premaligna. De los 4 pacientes positivo solo a 2 se les realizó genotipificación para Virus del papiloma humano en conducto anal, teniendo un paciente con resultado negativo y otro paciente con resultado positivo para VPH, este último obteniendo el genotipo número 52

#### Conclusiones

La prevención del cáncer siempre será la mejor forma de obtener mejores resultados para el paciente, los resultados del estudio muestran que la citología anal es una herramienta útil y sencilla para la detección de las lesiones premalignas. No pudimos realizar a todos los pacientes la genotipificación de VPH en conducto anal, obtuvimos un resultado positivo en un paciente con lesión premaligna en el cual se reportó un genotipo de alto riesgo oncogénico.

1023

### Utilidad de la determinación de antígeno sérico de *Cryptococcus* spp. en el diagnóstico de criptococosis en pacientes que viven con VIH en México.

**Autor:** Víctor Daniel Acuña Rocha - Universidad Autónoma de Nuevo León

**Coautores:** León Paola Bocanegra Ibarias, Samantha Flores Treviño, Daniel Salas Treviño, Luis Salinas Garza, Adrián Camacho Ortiz, Laura Nuzzolo Shihadeh - Universidad Autónoma de Nuevo León

#### Objetivo

Determinar la tasa de positividad del antígeno sérico de *Cryptococcus* spp. de todos los pacientes con o sin síntomas neurológicos y diagnóstico de infección por VIH que ingresaron al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en el periodo de estudio.

#### Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se evaluó la tasa de positividad de AgCr sérico de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infección por VIH, con o sin síntomas neurológicos que fueron hospitalizados en estudio clínico C por cualquier causa entre diciembre de 2021 y junio de 2023.

La detección de AgCr sérico y en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue mediante aglutinación en látex (Cryptococcal Antigen Latex Agglutination System, Meridian Bioscience). Los pacientes que tenían un resultado positivo de AgCr sérico fueron sometidos a punción lumbar, previa evaluación neurológica, para realización de citoquímico, tinta china, cultivo microbiológico y AgCr de LCR.

#### Resultados

Se les realizó AgCr sérico a 227 pacientes, de los cuales 181 se autoidentificaron como hombres y 46 como mujeres. El promedio de carga viral de VIH en sangre fue 247,056 copias/mm<sup>3</sup> (DE± 509,401.2) y de Linfocitos T CD4<sup>+</sup> 164 cel/mm<sup>3</sup> (DE± 202.37). De estos, 55 pacientes (24.2%) tuvieron AgCr sérico detectado, de los cuales 47 (85.4%) tuvieron resultados negativos en LCR para cualquier prueba diagnóstica de criptococosis meningea, incluyendo cultivo fúngico, antígeno y tinta china. Ocho pacientes tuvieron al menos una prueba de LCR positiva (seis AgCr, cuatro cultivos, tres tinta china)

#### Conclusiones

El buen rendimiento del AgCr sérico (1 de cada 4) y su efectividad diagnóstica (sensibilidad 91%, especificidad 92%) en esta población permitió la identificación temprana de infección por *Cryptococcus* spp. en pacientes que viven con VIH, haciendo posible el tratamiento anticipado en aquellos sin hallazgos clínicos o analíticos de meningoencefalitis criptocócica.

1024

### Retorno a la atención de VIH de personas liberadas del sistema penitenciario en la Ciudad de México en 2017-2021

**Autor:** Carlos Iván Canto Varela - Unam

**Coautores:** Ricardo Samuel Niño Vargas, Nathalie Grass Allain, Eduardo Rodríguez Nolasco, Diana Molina, Andrea Gonzáles, Yanink Caro Vega, Iram Cotaya, Jezer Lezama - Unam

#### Objetivo

Determinar la proporción de personas viviendo con VIH que continúan su atención tras ser liberadas del sistema penitenciario de la ciudad de México, estimar el tiempo de regreso a su atención y las características clínicas y demográficas asociadas a la continuación de su atención.

#### Material y método

Identificamos a las personas viviendo con VIH que recibían atención en el programa de cárceles y población vulnerable de la clínica Condesa y fueron liberadas del sistema penitenciario de la ciudad de México en el periodo 2017-2021. Obtuvimos fechas y valores de CD4, carga viral, tratamiento ARV y consulta de la base de datos de SALVAR, hasta julio del 2023. Describimos edad, género y características clínicas de las personas al momento de su liberación. Estimamos el porcentaje de personas regresando a la atención y describimos la mediana del tiempo al retorno y características asociadas al regreso a la atención. CD4 y CV asociados a la liberación y retorno fueron elegidos entre los valores más cercanos +/-180 días de esas fechas.

#### Resultados

Incluimos 233 personas atendidas en el sistema, 193 hombres, 19 mujeres transgénero y 21 mujeres. De ellas 208 (89%) fueron liberadas, su mediana de edad fue 37 años (RIC: 31-44), mediana de CD4: 421 cels/mL (RIC: 256-600), 53% tenía un esquema basado en EFV y 16% Bictegravir/Triumeq, 85% tenía CV indetectable (<200 copias/mL). De ellos, 197 (94.5%) regresaron a la atención con una mediana de tiempo no ajustada de 137 días (RIC: 113-171), 59% (122/208) en menos de 180 días. Eran 178 (90%) hombres y 19 (10%) mujeres transgénero, su mediana de CD4 al retorno fue de 410 cels/mL (RIC: 251-623), y 76% tenía una carga viral indetectable. El esquema ARV al regreso fue EFV (n=40,27%), Bictegravir/Triumeq (n=59,40%) y 24% otros.

#### Conclusiones

La mayoría de las personas liberadas regresan a la atención por VIH, pero menos del 60% lo hacen en menos de 6 meses, lo que podría ser un riesgo para mantener el control de su enfermedad. Es necesario implementar medidas que faciliten el retorno rápido a la atención de las personas tras su liberación del sistema penitenciario.

1025

**Cambio de EFV/FTC/TDF a B/F/TAF o EFV/FTC/TDS en adultos que viven con VIH en supresión virológica: cohorte retrospectiva a 96 y 144 semanas.**

**Autor:** Luis Adrián Salinas Garza - Universidad Autónoma de Nuevo León

**Coautores:** Lizeth Yohana Zuluaga-Jaramillo, Luis Gerardo Castillo-Reyna, Adrian Camacho-Ortiz, Laura Nuzzolo-Shihadeh, Eduardo Perez-Alba - Universidad Autónoma de Nuevo León

#### Objetivo

Describir el porcentaje de supresión virológica a las 96 y 144 semanas después de cambiar de EFV/FTC/TDF a B/F/TAF o EFV/FTC/TDS.

#### Materiales y métodos

Cohorte retrospectiva que incluyó datos de pacientes de CAPASITS Nuevo León y el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Los participantes fueron  $\geq 18$  años con ARN del VIH-1  $< 50$  copias/ml en sangre mientras tomaban EFV/FTC/TDF durante al menos 6 meses consecutivos. Este estudio fue aprobado por los comités de ética de la UANL y la SSNL.

El objetivo primario fue determinar la proporción de participantes que mantuvieron VIH-1  $< 50$  copias/ml a la semana 96 y 144 del cambio a B/F/TAF o EFV/FTC/TDS. Los datos demográficos se analizaron mediante estadística descriptiva y de utilizó la prueba exacta de Fisher con un  $\alpha$  de 0.05.

#### Resultados

Se incluyeron datos de 366 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró información de 266 pacientes con seguimiento a 96 y 144 semanas en el grupo de B/F/TAF, y 100 en el grupo de EFV/FTC/TDS.

A las 96 semanas, el ARN del VIH-1  $< 50$  copias/ml se mantuvo en el 93.9% (250/266) de los sujetos en B/F/TAF y en el 84.5% (82/97) de aquellos en EFV/FTC/TDS (9.4% de diferencia;  $p = .005$ ). A las 144 semanas 91% (194/213) en B/F/TAF y 85.7% (66/77) en EFV/FTC/TDS (5.3% de diferencia;  $p = .1$ ).

En ambos grupos se documentó un descenso en la mediana de linfocitos CD4+, 37 células/ml (96 semanas) y 177 células/ml (144 semanas) en el grupo de B/F/TAF y 37 células/ml (semana 96) y células/ml 80 (semana 144) para los pacientes que recibieron EFV/FTC/TDS.

#### Conclusiones

Mientras que el uso de EFV/FTC/TDS podría representar un ahorro económico superior al 50%, B/F/TAF mantuvo un 9.4 y 5.3%, a las 96 y 144 semanas respectivamente, adicional de pacientes indetectables. Un enfoque de indicación de inhibidores de la integrasa casi universal para cambiar a los pacientes con control virológico previo mientras toman EFV / FTC / TDF podría ser más costoso, pero permite que menos pacientes desarrollen falla virológica y resistencia a mediano y largo plazo.

1926

**Modelos predictores de envejecimiento en personas que viven con VIH con y sin enfermedad metabólica.**

**Autor:** Cindy Yunuen León Hernández - Centro Universitario de Ciencias de La Salud. Udeg

Elsa Janneth Anaya Ambriz, Andrea Torres Rojas, José Rodolfo Tortorelo Pérez, Pedro Martínez Ayala, Luz Alicia González Hernández, Jaime Andrade Villanueva, Karina Sánchez Reyes, Monserrat Álvarez Zavala - Centro Universitario de Ciencias de La Salud. Udeg

#### Objetivo

Evaluar modelos predictores de envejecimiento (Phenoage) y cálculo de edad acelerada en PVIH con y sin comorbilidades metabólicas.

#### Materiales y métodos

Se reclutaron 93 individuos divididos en 6 grupos, controles VIH+ (n=16), controles VIH- aparentemente sanos (n=12), controles VIH- con enfermedad metabólica (n=10), PVIH con prediabetes (n=16), PVIH con enfermedad metabólica (n=16), PVIH ancianos (n=14).

Se realizaron mediciones de 9 biomarcadores a partir de sangre total, para el cálculo de Phenoage; para realizar los modelos predictores de envejecimiento y cálculos de edad avanzada. Se calcularon las puntuaciones de METSIR y CMI. Se hicieron pruebas de normalidad de acuerdo a la distribución de los datos se utilizó ANOVA o Kruskal-Wallis y t de student o U de Mann Whitney, valores de  $p < 0.05$  fueron significativos.

#### Resultados

De acuerdo al cálculo de phenoage y edad acelerada, se encontraron diferencias significativas, principalmente para PVIH y que han desarrollado algún comorbido metabólico, con una edad acelerada significativamente más alta en comparación con grupos control y con PVIH sin enfermedades metabólicas. También se identificaron niveles más elevados de HDL y albúmina en este grupo. Se realizó la medición de METSIR un nuevo marcador no basado en la insulina para evaluar el riesgo de resistencia a la insulina y el riesgo cardiometabólico, encontrándose con valores más elevados en los grupos de PVIH con riesgo y con enfermedad metabólica.

#### Conclusiones

Los nuevos predictores de envejecimiento y cálculos de edad acelerada, así como nuevos marcadores de resistencia a la insulina y riesgo cardiometabólico, pueden resultar en una acertada y útil herramienta para el médico tratante en aras de individualizar el tratamiento de las PVIH y que están en riesgo de desarrollar enfermedad metabólica.

1028

**Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune y síndrome hemofagocítico por tuberculosis diseminada**

**Autor:** Rafael Tadeo Loeza Rodríguez - IMSS

**Coautores:** Cuauhtli Quetzalli Acosta Rubio - IMSS

#### Introducción

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune describe la inflamación que causa un empeoramiento paradójico de infecciones preexistentes o desenmascara infecciones subclínicas como consecuencia del inicio de la terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA; se describe el caso de una paciente que presentó síndrome inflamatorio de reconstitución inmune por *Mycobacterium tuberculosis* y síndrome hemofagocítico.

#### Descripción del caso

Mujer trans de 33 años, originaria de Tabasco, trabajadora sexual. Cuadro clínico de 1 mes con astenia, adinamia, tos, disnea, dolor torácico, diaforesis, fiebre y pérdida de 10 kg. A Se diagnóstico infección por VIH C3 con CV 38,019 y CD4+ 72 cel/uL, neumoquistosis y sífilis ocular. Recibió tratamiento con TMP/SMX + prednisona y penicilina cristalina IV con mejoría, una semana después se inicio BIC/FTC/TAF.

Tres semanas posterior al inicio del TAR presento fiebre, tos y disnea, ameritando ventilación mecánica invasiva, laboratorios TGO 111, TGP 78, GGT 96, DHL 757, FA 193, TG 320, Leu 1,710, NT 1,160, Hb 7, Pla 44,000, PCT 13.6, Ferritina 13,174, PCR 10 y Fibrinógeno 215. Por citopenias se realizó aspirado de médula ósea con evidencia de hemofagocitosis, el HS score fue de 243 puntos. Broncoscopia con GeneXpert MTB positivo, punción lumbar con ADA de 39, ultrasonido doppler transcraneal con vasculitis. Se inicio dexametasona y DOTBAL con adecuada respuesta a nivel respiratorio y neurológico.

Después de tres semanas de tratamiento con DOTBAL, nuevamente presento fiebre y patrón colestatico, la TC de abdomen evidenció múltiples abscesos hepáticos, el GeneXpert MTB fue positivo en una muestra de abceso; se cambió a tratamiento intravenoso para micobacterias con meropenem, amoxicilina/ácido clavulánico, linezolid, levofloxacino, amikacina y se colocaron drenajes en los abscesos para control del foco infeccioso, con mejoría en las pruebas de funcionamiento hepático y en el volumen de los abscesos.

#### Discusión

El síndrome hemofagocítico es una enfermedad infrecuente y grave caracterizada por un estado de hiperinflamación sistémica con sobreproducción de citocinas. La infección por *Mycobacterium* spp (34%) y Citomegalovirus (14%) son los principales desencadenantes etiológicos en pacientes con infección por VIH/SIDA. En la paciente se corroboró infección por *Mycobacterium tuberculosis* en pulmón, sistema nervioso central, ganglios, médula ósea e hígado.

1029

**Desafío diagnóstico y terapéutico en un paciente con VIH avanzado y Sarcoma de Kaposi con presencia de múltiples infecciones simultáneas. Reporte de caso.**

**Autor:** Alberto Magallanes López - Incan

**Coautores:** Carolina Pérez Jiménez, Antonio Espinosa Fragoso, Edwin Thadeus Ortega García, Claudia Adriana Colin Castro, Luis Esaú López Jácome, Mercedes Isabel Cervantes Hernández, Luis Armando Narvaéz Díaz - Incan

#### Introducción

La infección VIH avanzado sin TARV, condiciona la presencia de múltiples infecciones oportunistas, condicionando una mayor mortalidad, incluso de forma simultánea. Su asociación con SK condiciona mayor mortalidad en ausencia de tratamiento. Las infecciones por MAC y otras MNT representan uno de los patógenos asociados en grupo de pacientes, con cuenta CD4s  $< 50$  cels/mm<sup>3</sup>. Además algunos otros microorganismos como *Rhodococcus equi*, se han asociado afectación pulmonar, la evidencia de tratamiento es escasa. Presentamos caso de PVIH y SK, con tres coinfecciones diferentes.

#### Descripción del caso

Hombre 27 años, HSH, pareja seropositiva, con pérdida peso de 24 kg en 6m, aparición lesiones violáceas en extremidades superiores, cara, tronco y extremidades inferiores. Referido por sospecha SK, prueba rápida VIH (+). CD4s menos 50 cels/mm<sup>3</sup> y CV VIH 443448 copias/mL, con escrutinio Tb y criptocococo negativos. Endoscopia con lesiones SK nivel GI. Se inicia TARV, al día 10 presenta fiebre y taquicardia. Se hospitaliza. TC toraco-abdominal con adenopatías y pseudonódulos pulmonares de hasta 9 mm compatibles SK pulmonar. A los 9 días de ingreso, ZN (+), con identificación MAC hemocultivo por lisis. Se inicia tratamiento con 4 fármacos (levofloxacino, claritromicina, etambutol y amikacina) persiste febril y se realiza biopsia de ganglio retroperitoneal y mediastinal con toma de cultivo. Remitió fiebre y se administra primer ciclo de quimioterapia. Se egresó con 3 fármacos para manejo de MAC. Durante su hospitalización continuó TARV y profilaxis primaria PCP. El ganglio mediastinal se reportó a los 30 días con desarrollo *Rhodococcus equi*. Continúa con quimioterapia, y durante consulta de seguimiento, reporte de mielocultivo se reporta identificación de *M. colombiense*. Posteriormente se agrega Rifampicina, se ajusta TARV con FTC/TDF y DTG doble dosis. Actualmente en seguimiento con CD4s 150 cels/mm<sup>3</sup> y CV VIH 390 copias/mL.

#### Discusión

El manejo PVIH con IO's representa un desafío. El diagnóstico oportuno y TARV mejora la respuesta inmunológica al tratamiento e IOs. Existe poca información acerca de infecciones simultáneas con MNT. La presencia extrapulmonar *R. equi*, es poco frecuente en inmunosuprimidos. Existe mayor identificación de aislamientos *M. colombiense*, asociado a mejor diagnóstico. La susceptibilidad reportada literatura permitió manejo terapéutico. El TARV es primordial con IOs.



1030

**Linfoma No Hodgkin con infiltración del Nervio Óptico en paciente con VIH/SIDA.**  
**Autor: Diego Carrion Alvarez - Issste Regional de Monterrey**

**Coautores:** Hiram Villanueva-Lozano, Rogelio de Jesus Treviño-Rangel, Alaide Graciela Miranda Nieto - Issste Regional de Monterrey

**Introducción**

El Linfoma No Hodgkin representa el cáncer hematológico más común a nivel mundial; el subtipo: linfoma difuso de células B grandes es el más frecuente asociado a personas con VIH/SIDA a un pobre control virológico, con una incidencia de 463 por cada 100,000 personas.

**Descripción del caso**

Masculino de 54 años de edad, con antecedente de infección por VIH con pobre adherencia al tratamiento antirretroviral con bicitegravir, emtricitabina y tenofovir (BiktarvyO) desde diciembre 2022 y Linfoma no Hodgkin de células B grandes diagnosticado en Octubre 2022 por biopsia de de colon en tratamiento con quimioterapia esquema R-CHOP. En su última carga viral de Enero 2023 presenta 1,210,00 copias/ml y 54 CD4+. Inicia en Marzo de 2023 con dolor ocular que se exacerba al movimiento, fotofobia, visión borrosa y pérdida progresiva de la agudeza visual; síntomas que refiere al acudir a 5to ciclo de quimioterapia. Por lo que se decide su ingreso. Es valorado por oftalmología, neurología e infectología diagnosticando neuritis óptica en estudio. Se realiza toma de citoquímico y citología por punción lumbar, tinta china, gram, KOH y panel inmunológico para toxoplasma, histoplasma, criptococo y sífilis en LCR negativos todos. Posteriormente y tras no presentar mejoría tras administración de metilprednisolona intravenosa y valganciclovir oral, se realiza resonancia magnética contrastada, reportando atrofia cortico-subcortical global leve. Tras darse de alta el día 10 de Abril, presento crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, reingresando con nuevo estudio donde se evidencia una zona de realce y edema derecho con posible infiltración metastásica. Por sospecha de infiltración a sistema nervioso central se cambia esquema de quimioterapia a metrotexate, citarabina y rituximab así como metrotexate intratecal. Se solicita genotipo para VIH (pendiente resultado) y se ajusta esquema antirretroviral a Darunavir/ cobicistat y Dolutegravir. Actualmente el paciente presenta una carga viral del 31 de Mayo de 3,900 copias/ml; con mejoría leve de la agudeza visual.

**Discusión**

En nuestro caso, el paciente refería haber iniciado tratamiento contra el VIH, sin haberle llevado el seguimiento adecuado y con sospecha de suspensión previo a sus síntomas visuales. La infiltración a SNC es una complicación en ocasiones fatal o discapacitante, que puede ser evitada con terapia antirretroviral temprana.

1031

**Encefalitis por Virus de Varicela Zoster que imita tumor cerebral.**

**Autor: Carlos Alberto García Delgado - Cieni**

**Coautores:** Paulina Carreño Perez, Daniela Sanchez Escalona, Beatriz de Guadalupe Pizano Márquez - Cieni

**INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes que viven con VIH/SIDA tienen mayor riesgo de infecciones diseminadas del virus varicela-zóster (VZV) en el sistema nervioso central (SNC), con una prevalencia del 2% al 4%. La encefalitis por VZV puede causar vasculitis cerebral y, en casos de afectación de vasos grandes, puede manifestarse como un infarto cerebral. Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH y falla inmunológica que desarrolló encefalitis por VZV con infarto cerebral.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 29 años VIH-positivo desde hace 8 meses, en el contexto de síndrome de reconstitución inmune por desmascaramiento de infección por complejo *Mycobacterium avium* en tratamiento con Dolutegravir más Emtricitabina/Tenofovir, DOTBAL, claritromicina y trimetoprim con sulfametoxazol profiláctico. Inicialmente, presentó hemiparesia y crisis convulsivas, seguidas de bradipsiquia, bradilalia, pérdida de memoria a corto plazo, pérdida de peso y deterioro general. La resonancia magnética mostró una extensa lesión hiperintensa en ganglios basales del lado izquierdo, con áreas circundantes de hipoperfusión sugestivas de isquemia. Se sometió a una toma de biopsia revelando gliosis y cambios nucleares compatibles con efectos citopáticos virales, considerándose como un "glioma" no quirúrgico por localización y medidas paliativas. Un mes después presentó reactivación cutánea del VZV en dermatomas T10 y T11, con mejoría posterior a 14 días de aciclovir. A pesar de esto, continuó con deterioro neurológico y del estado general llegando a la discapacidad física. El análisis de LCR mostró líquido francamente hemático y pleocitosis polimorfonuclear. Los cultivos y pruebas para otras infecciones resultaron negativos, pero la PCR para el VZV fue positiva. El paciente recibió tratamiento con aciclovir intravenoso hasta mejorar su condición neurológica, seguido de aciclovir oral. La IRM de control muestra una reducción de la lesión en ganglios basales.

**DISCUSIÓN:** Las infecciones en SNC en pacientes que viven con VIH tienen mayor mortalidad. En los casos de afección cutánea por VZV con síntomas neurológicos, se recomienda realizar TAC, IRM de cráneo y punción lumbar. Los virus son una de las principales causas de encefalitis en estos pacientes, y la presencia de eritrocitos en LCR puede orientarnos a la etiología viral, aunque se requiere PCR para confirmar el diagnóstico.

1032

**ENFERMEDAD DE CASTLEMAN Y VIH: REPORTE DE CASO**

**Autor: Cynthia Isabel Ortiz López\***

**Coautores:** Cristina Liliانا Hernández Balboa\*, María Teresa Ramírez Elizondo\*  
 \* Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

**Introducción**

La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo raro, clínicamente puede manifestarse de forma unicéntrica o multicéntrica, afectando ganglios linfáticos de cualquier región del cuerpo, imitando malformaciones tanto benignas como malignas.

**Descripción del caso**

Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes personales patológicos, IVSA 14 años, 20 parejas sexuales, HSH, sin uso de preservativo. Inició su padecimiento actual 6 semanas previas con astenia, disnea en reposo, adenopatías y pérdida de peso no intencionada de 6 kilogramos por lo que acudió con médico particular quien solicitó biometría hemática en la cual se evidenció anemia microcítica hipocrómica. Fue tratado inicialmente con hierro sin mejoría de sintomatología, posteriormente inició con episodios de melena por lo que acudió al servicio de urgencias.

Los parálisis revelaron una biometría hemática con pancitopenia, ELISA 4ª generación para VIH positiva, antígeno sérico de *Cryptococcus* spp. positivo y QuantiFERON-TB Gold positivo. En la tomografía abdominal se reportó múltiples adenopatías cervicales, supra e infraclaviculares, axilares, mediastinales, retroperitoneales, interaortocava, paraaórticas e inguinales, así como hepatoesplenomegalia.

Se realizó endoscopia y colonoscopia con hallazgo de gastritis erosiva en cuerpo y antro, bulbododentitis erosiva y hemorroides internas no complicadas.

La biopsia de ganglio cervical resultó con inmunohistoquímica positiva para VHH-8 y la biopsia de médula ósea compatible con enfermedad de Castleman.

El paciente cursó con buena evolución clínica, fue dado de alta con seguimiento en consulta por hematología e infectología en tratamiento con bicitegravir 50 mg, emtricitabina 200 mg, tenofovir alafenamida 25 mg, isoniazida 300 mg, piridoxina 25 mg, fluconazol 400 mg y trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg.

**Discusión**

La enfermedad de Castleman en personas que viven con VIH se ha asociado con la infección por herpesvirus humano 8 y es un reto diagnóstico por el amplio espectro de diagnósticos diferenciales de enfermedades linfoproliferativas. Actualmente el tratamiento más utilizado es rituximab en monoterapia o combinado con quimioterapia. Frecuentemente se presenta con episodios de recaída y de remisión, que pueden ocurrir independiente de la cuenta de CD4, terapia antirretroviral y control del VIH.

1033

**Alteraciones en el metabolismo del hierro, relación de adiponectina/ferritina y fructosamina como predictores de Resistencia a la Insulina (RI) y Diabetes Tipo 2 (DT2) en personas que viven con VIH (PvVIH).**

**Autor: Karina Sánchez Reyes\***

**Coautores:** Elsa Janneth Anaya Ambriz\*, Montserrat Alvarez Zavala\*, Cindy Yunuen León Hernández\*, Luz Alicia González Hernández\*, Jaime F. Andrade Villanueva\*, Sergio Zúñiga Quiñones\*, Fernando Amador Lara\*, Adriana Valle Rodríguez\*  
 \* Instituto de Investigación en Inmunodeficiencias y VIH (Inivih) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud-Universidad de Guadalajara (CUCS-UDG)

La infección por VIH es considerada una enfermedad crónica tratable gracias a la terapia antirretroviral (TAR) aumentando la esperanza de vida. Sin embargo, se ha reportado el aumento de toxicidad a largo plazo y la incidencia de comorbilidades no asociadas a SIDA como DT2 en PvVIH. El diagnóstico oportuno y seguimiento de DT2 es una prioridad. Se sabe que las alteraciones en el metabolismo del hierro están presentes en PvVIH, además inhiben el metabolismo de la adiponectina la cual es una hormona sensibilizadora de la insulina, estas alteraciones están asociadas con trastornos metabólicos como RI y DT2.

**Objetivo:** Evaluar el metabolismo de Fe, la relación adiponectina/ferritina, fructosamina y su capacidad de predicción de RI y DT2 en PvVIH.

**Material y método**

Estudio transversal, analítico, 114 personas previo consentimiento informado fueron incluidas: 72 PvVIH en TAR y 1 año de control virológico, de las cuales: 26 estaban en condición normoglicémica, 26 en prediabetes y 20 con DT2. Se incluyeron también 21 PvDT2 y 21 controles sanos. Se evaluaron las concentraciones séricas de Fe, ferritina, transferrina, adiponectina y perfil glucémico. Se aplicaron pruebas de normalidad, de acuerdo a la distribución de los datos se utilizó ANOVA o Kruskal-Wallis así como t de student o U de Mann Whitney, valores de  $p < 0.05$  se consideraron significativos.

**Resultados**

Los valores de Fe fueron significativamente más elevados en PvVIH en condición normoglicémica y con DT2 en relación con PvDT2, la ferritina no presentó diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la transferrina fue significativamente más elevada PvDT2 en relación con las PvVIH+preDT2. Además, la TSAT fue significativamente mayor en los grupos de PvVIH en comparación con las PvDT2 sin VIH. Las concentraciones de adiponectina disminuyeron significativamente en las PvVIH+DT2 al igual que la relación de adiponectina/ferritina. Finalmente, la fructosamina fue significativamente más elevada en PvDT2 con y sin VIH.

**Conclusiones**

PvVIH presentan alteraciones en el metabolismo de Fe. La relación adiponectina/ferritina y fructosamina fueron capaces de distinguir adecuadamente las condiciones glucémicas en PvVIH en relación con el índice HOMA2-IR. La relación adiponectina/ferritina y fructosamina son mediciones no invasivas para identificar con mayor precisión a pacientes con riesgo elevado de desarrollar RI y DT2.

1034

**LINFOMA DE BURKITT PRIMARIO HEPÁTICO ASOCIADO A VIH: REPORTE DE CASO****Autor:** ROXANA CLAUDIA IQUIZE CONDORI \***Coautores:** ARMANDO GAMEZ CISNEROS\*, LUIS MARIO COLIN LUGO\*, ITZEL ARACELY ORTIZ MEZA\*, Eduardo Perez Alba\*, ADRIAN CAMACHO ORTIZ\*  
\*Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma De Nuevo León**Introducción**

El linfoma hepático primario de Burkitt (LPHB) es una forma extremadamente rara de linfoma extraganglionar y hasta ahora sólo se han descrito 15 casos en la literatura.

**Descripción del caso**

Hombre de 29 años de edad, con antecedente de tabaquismo social, alcoholismo 100g./semana, consumo de marihuana ocasional, HSH. Acudió por cuadro clínico de dos semanas de evolución con tos, faringodinia y malestar general. Siete días después, presentó dolor abdominal súbito en el cuadrante superior derecho, de intensidad 6/10, exacerbado a la palpación, acompañado de náusea y vómitos que empeoraban tras la ingesta de alimentos además se acompañó de distensión abdominal y diarrea sin moco ni sangre.

Al examen físico presentó ictericia generalizada, taquicardia, abdomen semiglobuloso, distendido, hepatomegalia palpable borde romo a 5cm. por debajo reborde costal derecho, doloroso a la palpación. Los exámenes de laboratorio con hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, TP/INR prolongados. Se realizó la prueba Ag/Ab VIH, que resultó positiva con 1104 S/CO, y una carga viral VIH de 251,126 copias/mL con un recuento de linfocitos CD4+ de 79 células/mL. La ecografía abdominal describió un hígado con múltiples imágenes redondas, bien definidas, anecoicas con realce acústico posterior, compatible con enfermedad quística hepática.

Se realizó una biopsia abierta del tejido hepático. Los hallazgos patológicos mostraron un tejido macroscópico de aspecto nodular irregular que media 2.1x1.8x1.5 cm. La histopatología mostró una población uniforme de células de tamaño medio con núcleos redondos y múltiples nucleolos basófilos pequeños con un aspecto de cielo estrellado. Marcadores inmunohistoquímicos CD 20 (+) y CD 03 (-), C-MYC (+), CD10 (+), BCL-6 (+), BCL-2 (-), KI-67: positivos con un 98% de células neoplásicas compatibles con Linfoma de Burkitt.

Inició quimioterapia con HyperCVAD, Biktarvy®, profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol y tras la primera dosis de quimioterapia se observó una mejoría significativa de los signos clínicos y de los estudios de laboratorio.

**Discusión:** La infección por VIH se asocia a un mayor riesgo de neoplasias linfoides, siendo la menos común el LBHP y aunque la TARV ha disminuido la incidencia de linfoma, sigue siendo de las principales causas de muerte por SIDA.

1936

**Embarazo y VIH: 14 años de atención en una clínica ambulatoria, incluida la pandemia COVID-19****Autor:** Uri Torruco García - Secretaría de Salud De Veracruz**Coautores:** Susana Irene García Solano, Diana Abarca de Santos, Abraham Ignacio Pérez de la Rosa - Secretaría de Salud De Veracruz**Objetivo**

Describir las características de las mujeres embarazadas con VIH que se han atendido en una clínica ambulatoria de VIH, su proceso de atención y los resultados de ella de los años 2008 al 2022 en México.

**Material y método**

Estudio descriptivo y transversal. Criterios de Inclusión: embarazadas atendidas con VIH desde 2008 hasta el 1 de abril del 2022, incluye el periodo de pandemia por COVID-19, se desarrolla en una clínica ambulatoria pública en una ciudad con casi medio millón de habitantes en México.

Se recabó información demográfica, variantes del embarazo, las del diagnóstico de VIH, vía de resolución, antirretrovirales en el recién nacido y resultados de las intervenciones. Los resultados se almacenaron en Excel, se procesaron en SPSS versión 2018, se reportaron en estadística descriptiva, la comparación entre variables cualitativas se hizo con las pruebas chi cuadrada o exacta de Fischer, según correspondió, la comparación de variables cuantitativas se realizó con prueba de rangos de signo de Wilcoxon.

**Resultados**

Se estudiaron 89 embarazadas, todas recibieron antirretrovirales, 39% ya sabían su diagnóstico antes del embarazo, 3% se resolvieron por parto, los demás por cesárea, 39% eran primigestas, del total en 3% se diagnosticó una infección oportunista, en 19% de embarazadas se encontró una enfermedad aparte del VIH, solamente en el 3% se presentó una complicación obstétrica. En 11% se detectó sida durante el embarazo, 55% de ellas durante el periodo de pandemia.

Todos los recién nacidos recibieron antirretrovirales al nacimiento y se les suspendió lactancia, en 87% se había descartado VIH al cierre del periodo de estudio, 4% se atienden en otros servicios de salud, 1% murió por prematuridad extrema, en 4% se perdió el seguimiento, en 3% el seguimiento está en curso.

Se atendieron 25 embarazos durante la pandemia, en 11 de ellos el VIH ya estaba diagnosticado. No hubo diferencias relevantes en los desenlaces medidos entre el periodo de pandemia y el periodo previo, salvo el que el número de consultas de ginecología de alto riesgo fue menor en promedio.

**Conclusiones**

El riesgo de transmisión vertical del VIH ha sido bajo en toda la historia de la clínica, incluido el periodo de pandemia.

1037

**Infección por Coccidioidomycosis pleuropulmonar en paciente con infección por VIH.****Autor:** Carlos Salomón Sáenz De León - Universidad de Monterrey**Coautores:** Arnoldo Salas Delgado, Marisa Guadalupe Frausto Alejos, Diego Carrión-Alvarez, Hiram Villanueva-Lozano - Universidad de Monterrey**Introducción**

En la actualidad las infecciones por el género *Coccidioides*, especialmente en áreas endémicas como en el norte de nuestro país, están aumentando su nivel de incidencia por el acceso a pruebas serológicas más sensibles, sequías prolongadas y la migración. Estos patógenos oportunistas suponen un riesgo y reto terapéutico en todo paciente inmunocomprometido, por su cuadro clínico atípico.

**Descripción del caso**

Se trata de paciente masculino de 41 años de edad originario de Tamaulipas, México; con antecedentes de infección por virus de inmunodeficiencia humana diagnosticada un año previo a su primer ingreso hospitalario, con buen apego a tratamiento antirretroviral. Inicia su padecimiento actual cuatro meses previos con cuadros repetitivos de rinorrea, tos seca que progresa a productiva, pérdida de peso mayor a 13 kg en el último mes, niega fiebre u otra sintomatología asociada.

Acude a valoración por neumología particular donde es abordado con TAC de tórax, broncoscopia y biopsia transbronquial media las cuales reportan proceso inflamatorio crónico micótico compatible con *Trichophyton spp*; Paciente decide su ingreso a nuestra unidad por voluntad propia, donde se inicia terapéutica a base de Anfotericina B y Fluconazol IV. Al presentarse asintomático, paciente es egresado para seguimiento por consulta externa.

Ingres a nuestro servicio de urgencias 20 días después de su egreso, presentando exacerbación de cuadro respiratorio, disnea de medianos esfuerzos y tos seca. Al abordaje inicial se evidencia derrame pleural del 50% en pulmón derecho, por lo que se decide colocación de drenaje Pleur-Evac cuantificándose 2000 c.c. de líquido seropurulento en la primera toma. Durante su internamiento se decide realizar biopsia pleural, donde se evidencia proceso inflamatorio crónico, con necrosis no caseificante y compatible con esferulas micóticas de *C. Immitis*.

**Discusión**

La Coccidioidomycosis pleuropulmonar supone un riesgo en el paciente con VIH por su capacidad para desarrollar enfermedad pulmonar progresiva grave o infección diseminada. En la actualidad, el abordaje terapéutico debe ser en función del grado de inmunocompromiso que presenta el paciente, ya que la respuesta inmune celular resulta ser el factor de control clave para el curso de la enfermedad. Nuestro paciente se considera de interés por su recidiva y cuadro clínico insidioso.

1038

**Controlador Elite: Reporte de un caso****Autor:** Miguel Justin Franklyn - ISSSTE Regional Monterrey**Coautores:** Alaide Graciela Miranda Nieto, Arnoldo Salas Delgado - ISSSTE Regional Monterrey**Introducción**

Los controladores elite son pacientes que pueden mantenerse asintomáticos y asig-nológicos con cargas virales indetectables durante largos periodos de tiempo aun sin antirretrovirales.

**Descripción del caso**

Paciente masculino de 27 años de edad sin antecedentes personales patológicos y asintomático. Se inicio su padecimiento actual hace 11 meses en Septiembre de 2022 tras el resultado indeterminado de Anticuerpos Anti VIH-1(Western Blot), Refiere prueba un resultado de Western Blot indeterminado hace 6 meses y ultima relación de riesgo en 2021.

El paciente fue referido de la Clínica Hospital Constitución al Hospital ISSSTE Regional para valoración y tratamiento el 11 de Noviembre por el departamento de Infectología. A su cita inicial se solicitaron carga viral y recuento celular de CD3/CD4/CD8 encontrándose indetectabilidad en carga viral y CD4 873.25 Cel/uL. Se solicita nuevamente anticuerpos Anti VIH-1 (Western Blot) el 23 de Diciembre de 2022 con resultado e interpretación positiva para VIH. En febrero se repite carga viral arrojando un valor de 123 copias/mL, por lo cual se inicio tratamiento antirretroviral con Bictegravir/Emtricitabina/ Tenofovir Alfenamida 50mg/200mg/25 mg cada 24 hrs por 90 días.

A tres meses de tratamiento el paciente acude a la consulta con nuevos laboratorios donde se reportan carga viral indetectable y recuento celular CD4 en 1167 Cel/uL; se continua con tratamiento antirretroviral.

**Discusión**

En nuestro caso encontramos a un paciente que refirió estudios indeterminados con cargas virales indetectables por al menos un año, considerándolo un controlador elite; asimismo, su conteo de CD se mantuvo arriba de 800 Cel/uL sin importar el tiempo de infección. Al igual que ocurre en otros casos la exposición prolongada al virus termina por positivar las pruebas e incrementar la carga viral, sin embargo, estos pacientes suelen responder de manera adecuada y rápida al tratamiento, logrando nuevamente la indetectabilidad.

## 1039

**Polirradiculopatía en una persona con VIH: Un reto diagnóstico**  
 Autor: Rodrigo Ville - Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador

**Coautores:** Zubirán Luis Eduardo, Escobar Estrada, Roberto Linares, Brenda Ortega - Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador

**Introducción**

La polirradiculopatía en personas que viven con VIH (PVV) y <50 CD4 es un reto diagnóstico y una presentación inusual de la infección por VIH. Se caracteriza por incontinencia urinaria, parestias en cauda equina y paraparesia flácida progresiva de miembros inferiores. Se debe realizar pruebas moleculares en sistema nervioso central para obtener un diagnóstico etiológico y mantener un alto nivel de sospecha diagnóstica.

**Descripción del caso**

Hombre de 48 años quien comenzó en 2019 con fatiga, pérdida de peso y diarrea. En abril 2023 se agregó fiebre, incontinencia mixta, debilidad de miembros inferiores que lo llevó a la postración y hematoquecia. Al ingreso se documentó apalestesia, abatiestesia y anestesia de miembros inferiores. La RMN de sistema nervioso mostró lesiones en pedúnculos cerebelosos y periventriculares, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y FLAIR, sin realce con gadolinio; y disminución de la intensidad de señal de espacios intersomáticos L2-L5. Se diagnóstico infección por VIH con 283,995 copias y 4 CD4. Serología toxoplasma (-), VDRL (-), antígeno sérico *Cryptococcus* negativo, vitaminas y tiroides sin alteración, serologías de hepatitis (-). LCR: LEU 3 cels/uL, PMN 10%, PCR CMV 1,528,800 copias/ml, JC virus negativo, GeneXPert MTB (-), CrAg (-). Colonoscopia con datos de colitis por CMV. Se diagnóstico polirradiculopatía por CMV y probable encefalitis por CMV e inició ganciclovir 5 mg/kg BID, mostrando mejoría. 14 días después inició Biktary y egresó tras 4 semanas. En el seguimiento a 6 semanas el paciente se encontró afebril, continente y deambulaba con asistencia.

**Discusión**

La causa más común de polirradiculopatía en PVV es CMV. Se debe sospechar en PVV con menos de 50 CD4 que presenten hiporreflexia, debilidad o disfunción vesical. Los principales diagnósticos diferenciales son neurosífilis, toxoplasmosis, tuberculosis espinal, meningitis linfomatosas y polirradiculopatía por VIH. El tratamiento de elección es ganciclovir y se debe considerar retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral para disminuir la probabilidad de SIRS. Así mismo, se deben buscar otros sitios de enfermedad por CMV de acuerdo con los síntomas del paciente.

## 1041

**Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune y síndrome hemofagocítico por tuberculosis diseminada**

Autor: Daniela Sánchez Escalona\*

**Coautores:** Xavier Alfonso Flores Andrade\*, Amy Bethel Peralta Prado\*, Andrea Cárdenas Ortega\*, Paulina Carreño Pérez\*, Víctor Hugo Ahumada Topete\*, Santiago Avila Ríos\*

\*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Introducción**

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune describe la inflamación que causa un empeoramiento paradójico de infecciones preexistentes o desmascara infecciones sub-clínicas como consecuencia del inicio de la terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA; se describe el caso de una paciente que presentó síndrome inflamatorio de reconstitución inmune por *Mycobacterium tuberculosis* y síndrome hemofagocítico.

**Descripción del caso**

Mujer trans de 33 años, originaria de Tabasco, trabajadora sexual. Cuadro clínico de 1 mes con astenia, adinamia, tos, disnea, dolor torácico, diaforesis, fiebre y pérdida de 10 kg. A Se diagnóstico infección por VIH C3 con CV 38,019 y CD4+ 72 cel/uL, neumocistosis y sífilis ocular. Recibió tratamiento con TMP/SMX + prednisona y penicilina cristalina IV con mejoría, una semana después se inició BIC/FTC/TAF. Tres semanas posteriores al inicio del TAR presentó fiebre, tos y disnea, ameritando ventilación mecánica invasiva, laboratorios TGO 111, TGP 78, GGT 96, DHL 757, FA 193, TG 320, Leu 1,710, NT 1,160, Hb 7, Pla 44,000, PCT 13.6, Ferritina 13,174, PCR 10 y Fibrinógeno 215. Por citopenias se realizó aspirado de médula ósea con evidencia de hemofagocitosis, el HS score fue de 243 puntos. Broncoscopia con GeneXPert MTB positivo, punción lumbar con ADA de 39, ultrasonido doppler transcraneal con vasculitis. Se inicio dexametasona y DOTBAL con adecuada respuesta a nivel respiratorio y neurológico.

Después de tres semanas de tratamiento con DOTBAL, nuevamente presentó fiebre y patrones colestasios, la TC de abdomen evidenció múltiples abscesos hepáticos, al GeneXPert MTB fue positivo en una muestra de heces; se cambió a tratamiento intravenoso para micobacterias con meropenem, amoxicilina/ácido clavulánico, linezolid, levofloxacino, amikacina y se colocaron drenajes en los abscesos para control del foco infeccioso, con mejoría en las pruebas de funcionamiento hepático y en el volumen de los abscesos.

**Discusión**

El síndrome hemofagocítico es una enfermedad infrecuente y grave caracterizada por un estado de hiperinflamación sistémica con sobreproducción de citocinas. La infección por *Mycobacterium* spp (34%) y Citomegalovirus (14%) son los principales desencadenantes etiológicos en pacientes con infección por VIH/SIDA. En la paciente se corrobora infección por *Mycobacterium tuberculosis* en pulmón, sistema nervioso central, ganglios, médula ósea e hígado.

## 1042

**Síndrome parapléjico asociado a Tuberculoma medular en paciente con VIH**  
 Autor: Carlos Salomón Sáenz De León - Universidad De Monterrey

**Coautores:** Keston R. Roberts, Diego Carrión-Alvarez, Arnoldo Salas Delgado - Universidad De Monterrey

**Introducción**

Las infecciones por micobacterias representan un reto terapéutico y de diagnóstico para los pacientes inmunocomprometidos en países en vías de desarrollo. En la actualidad, la tuberculosis del sistema nervioso central está aumentando su incidencia en los pacientes con VIH, siendo la afectación espinal la forma menos frecuente de presentación clínica. En la bibliografía mundial existen pocos casos reportados de tuberculomas medulares.

**Descripción del caso**

Masculino de 30 años de edad, con antecedentes patológicos de infección por VIH estadio 3A con buen apego a tratamiento, tuberculosis miliar en resolución, y absceso en psosas derecho con citológico positivo para micobacterias en tinción Zhiel Neelsen, que resolvió con drenaje sin abordaje quirúrgico. Inicia su padecimiento actual al sufrir caída de su propia altura, con pérdida súbita de la fuerza motora en miembros inferiores bilaterales. Niega pérdida del conocimiento, vértigo u otra sintomatología asociada. Ingres a nuestra unidad médica donde se encuentra alerta, cooperador, con pares craneales conservados, sin datos de focalización neurológica. Extremidades inferiores sin reflejos de extensión y flexión en su totalidad, con sensibilidad conservada. A la exploración física se palpa masa abdominal por lo que se realiza ultrasonido de abdomen, donde se reporta presencia de globo vesical que resuelve al colocar sonda Foley a derivación. Durante su internamiento se realiza resonancia magnética contrastada donde se describen lesiones intrarraquídeas extradurales en niveles medulares C7-T2 y T7-T9, compatibles con siringomielia, por lo que se realiza hemilaminectomía descompresiva. Se realiza estudio histopatológico donde se reporta proceso granulomatoso con tinción Zhiel Neelsen positiva para BK.

**Discusión**

El tuberculoma medular representa el 1% del total de las tuberculosis diseminadas, así mismo, se debe considerar como diagnóstico diferencial en toda mielopatía de tipo compresiva que ocurra en pacientes inmunosuprimidos con antecedentes de primo-infección por tuberculosis. Nuestro caso clínico se considera de difícil diagnóstico ya que aborda un síndrome parapléjico de inicio insidioso, compatible con otros trastornos neurológicos más comunes.

## 1044

**Infiltración a SNC de Linfoma No Hodgkin en paciente con VIH**  
 Autor: Marisa Guadalupe Frausto Alejos - Issis

**Coautores:** Pablo Mireles Sandoval, Carlos Salomón Sáenz de León, Arnoldo Salas.

**Introducción**

La infección por VIH y los linfomas, específicamente el No Hodgkin están estrechamente relacionados. Se ha mencionado que el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin en estos pacientes es hasta 100 veces mayor que en la población en general. Además de que también se manifiesta más frecuentemente infiltración al SNC.

**Descripción del caso**

Paciente masculino de 46 años, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, Linfoma no Hodgkin de células grandes tipo B en tratamiento con R-CHOP y de infección con VIH, en tratamiento con biktaryv ambos diagnosticados a finales de 2022. El cual inicia su padecimiento en abril de 2023 con dolor retroauricular unilateral de inicio súbito, punzante, acompañado de hipoacusia progresiva, mareo y náusea, por lo que acude a consulta siendo tratado inicialmente con antibiocioterapia por 3 días, refiriendo disminución de dolor, con permanencia de hipoacusia bilateral. Posteriormente se agrega ataque al estado general, lumbalgia y disminución de la fuerza de extremidades inferiores 3/5 en la escala de Daniels. Acude a consulta de hematología para su quinto ciclo con R-CHOP en donde menciona sintomatología por lo que se solicita internamiento para realizar abordaje diagnóstico. Durante su estancia se realiza Resonancia Magnética de cerebro contrastada, la cual reporta en fosa posterior aumento de volumen de la porción cisternal del trigémino izquierdo incluyendo el ganglio de Gasser, séptimo y octavo nervios craneales en la región intracanalicular de manera bilateral presentando importante realce a la administración de medio de contraste. De igual forma se realizó punción lumbar para descartar causas infecciosas la cual reporto tinta china, gram, KOH y cultivos negativos. Se solicitó también toxoplasmosis el cual se reporta negativo.

Debido a estos resultados nos inclinamos por el diagnóstico de infiltración de linfoma a SNC, por lo que iniciamos manejo con esteroides y se cambia esquema de quimioterapia por metotrexato + Rituximab y Citarabina, con lo cual posteriormente presenta mejoría.

**Discusión**

Es importante establecer el aumento en la frecuencia de infiltración a SNC cuando coexiste con VIH, para poder realizar un tratamiento apropiado. Tomando en cuenta factores como la inmunosupresión, toxicidad de la quimioterapia, infecciones oportunistas, interacciones farmacológicas, entre otras, lo cual continúa siendo un reto.

1045

**Coinfección por herpes zoster, citomegalovirus y SARS-CoV-2 en paciente con infección por VIH****Autor:** Xavier Alfonso Flores Andrade - Cieni/Iner**Coautores:** Daniela Sánchez Escalona, Mariela Cervantes Valenzuela, Amy Bethel Peralta Prado, Víctor Hugo Ahumada Topete, Andrea Cárdenas Ortega, Paulina Carreño Pérez, Santiago Ávila Ríos - Cieni/Iner**Introducción**

La reactivación por herpes zoster es más frecuente en pacientes con infección por VIH/SIDA, siendo el sistema nervioso central la localización extra cutánea más frecuente. A continuación, se describe un caso de una paciente con herpes zoster diseminado y afección en sistema nervioso central, y coinfección por CMV y SARS-CoV-2.

**Descripción del caso**

Mujer de 49 años, originaria y residente de la Ciudad de México, ama de casa. Inicio su padecimiento un mes previo a su internamiento con tos y disnea, llegando a ser de pequeños esfuerzos. Acude a valoración por datos de neumonía atípica. Se realizó prueba para VIH con resultado positivo. Presneteta una carga viral de 59,625 copias y células T CD4 de 123. Inicio tratamiento por probable neumoquistosis, con mejoría clínica, 10 días posteriores se inicio tratamiento antirretroviral. Progresó con exantema con papulas y vesículas diseminadas en cara, tronco y extremidades y deterioro respiratorio. Se realizó una tomografía de tórax evidenciando vidrio deslustrado bilateral. En el hisopado de la úlceras cutáneas presneto positividad para VZV y CMV. Posterior a ello se realizó una PCR para SARS-CoV-2 resultando positiva. Por el deterioro respiratorio, se realizó una broncoscopia con carga viral de CMV en el lavado bronquioalveolar de 527,175 copias. Por presentar cefalea y agitación se realizó punción lumbar con PCR positivo para VZV en LCR. Presentó coinfección por VZV, CMV y SARS-CoV 2, y recibí tratamiento antiviral con valganciclovir con adecuada respuesta a nivel neurologico y pulmonar.

**Discusión**

Paciente con diagnóstico de VIH/SIDA, y coinfección por SARS-CoV-2, VZV y CMV, con afección pulmonar y en sistema nervioso central. Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, a nivel mundial se ha reportado un incremento en casos de reactivación por herpes zoster. La infección por COVID-19 produce linfopenia con disminución de CD4+, CD8+, NK, así como estrés físico y mental, estos factores pueden favorecer la reactivación del VZV y CMV. Se sabe que el VZV y el CMV causan vasculitis infecciosa del SNC, en este caso no se evidenciaron datos de vasculitis en la resonancia magnética y en el ultrasonido doppler transcranéal, la paciente presento adecuada respuesta al tratamiento antiviral con valganciclovir.

1046

**Neumonitis y gastritis por citomegalovirus refractaria a tratamiento en un paciente con infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana****Autor:** Ana Laura Bazany Rivero - INER**Coautores:** Paulina Carreño Pérez, Daniela Sánchez Escalona, Amy Bethel Peralta Prado, Andrea Cárdenas Ortega, Xavier Alfonso Flores Andrade, Víctor Hugo Ahumada Topete, Santiago Ávila Ríos - Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**Introducción**

La neumonitis por citomegalovirus es un diagnóstico poco frecuente que se presenta típicamente en pacientes con inmunosupresión. Se asocia con una alta mortalidad y morbilidad en pacientes con infección por VIH. Presentamos el caso de una paciente con infección por VIH/SIDA y enfermedad por citomegalovirus refractaria al tratamiento antiviral.

**Descripción del caso**

Mujer de 61 años de edad, diagnóstico de infección de VIH en 2013, abandonó tratamiento en 2018. Inició su padecimiento 1 mes previo a su internamiento con astenia, adinamia, diaforesis nocturna, se agregó fiebre y disnea MMRC 2, el cual progresa a MMRC 3 en 48 horas, pérdida de peso de 14 kilos en 4 meses. A su ingreso la TC de tórax evidenció patrón en vidrio deslustrado bilateral, se inició tratamiento empírico para neumoquistosis con TMP/SMX; carga viral de CMV sérico 2,012,400 (Log 6.3), broncoscopia con panel de neumonía positivo a *Klebsiella Pneumoniae* CTX-M, GeneXpert MTB negativo, IFI negativo, Grocott negativo y carga viral de CMV en LBA 322,586,750 (Log 8.51), se agregó al tratamiento meropenem y ganciclovir 5mg/kg IV cada 12 horas. La biopsia pulmonar corroboró presencia de *Pneumocystis jirovecii* e inclusiones virales por CMV.

Se inició tratamiento antirretroviral con BIC/FTC/TAF; posteriormente presentó sangrado de tubo digestivo alto, la endoscopia mostró inclusiones virales por CMV a nivel gástrico. Después de tres semanas de tratamiento con TMP/SMX y ganciclovir, presento deterioro a nivel respiratorio, se calculó el HS score en 221 puntos, la carga viral de CMV sérica de control fue de 10,276,000 (Log 7.01). La paciente presentó choque séptico, paro cardiopulmonar y falleció.

**Discusión**

A pesar del tratamiento dirigido para la enfermedad por citomegalovirus, la paciente no presentó adecuada respuesta; en estos casos, se puede sospechar de Síndrome Inflamatorio de Reconstrucción Inmune paradójico o resistencia a ganciclovir. Aunque el CMV puede aislarse en muestras de pulmón en pacientes con VIH, rara vez es el agente causal, la co-infección con citomegalovirus es un signo de mal pronóstico en *Pneumocystis jirovecii*. Es muy importante sospechar en neumonitis por CMV en un paciente que empeora posterior al inicio del tratamiento con TMP/SMX + esteroide, ya que los glucocorticoides favorecen la replicación de CMV.

1047

**Características epidemiológicas y cambios en biomarcadores de inmunosupresión en una cohorte de pacientes con cáncer y VIH.****Autor:** Víctor Hugo Ahumada Topete -**Coautores:** Misael Osmar García Martín, Manuel de Jesús Castillejos López, Karina Danae Sevilla Gutiérrez, Graciela Hernández Silva, Gustavo Reyes Terán, Santiago Ávila Ríos, Jose Arturo Rodea Monroy - Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"**Objetivo**

Evaluar los cambios en los perfiles linfocitarios en una cohorte de pacientes con VIH y tres tipos de cáncer (linfoma Hodgkin [LH], linfoma no Hodgkin [LNH] y sarcoma de Kaposi [SK]).

**Materiales y métodos**

Cohorte ambispectiva, con pacientes mayores de 18 años VIH (+) y cáncer, atendidos en un centro de referencia, recibiendo –al menos– un ciclo de quimioterapia. El perfil linfocitario (CD4, CD4/CD8) fue seguido al momento del diagnóstico de cáncer, a 6, 12, 18 y 24 meses. Análisis estadístico: descriptivo (mediana y rangos intercuartiles para cuantitativas, frecuencias y porcentajes para cualitativas). Se compararon los 3 tipos de cáncer mediante test de Kruskal-Wallis y test de Friedman al análisis intragrupo.

**Resultados**

Resultados: se incluyeron 158 pacientes; mediana de edad de 36 años, 155 (98.1%) fueron hombres y 3 (1.9%) mujeres. Correspondiendo: 17 (10.7%) a LH, 28 (17.2%) LNH y 113 (71.1%) SK. La mortalidad por tipo de cáncer fue de 17.6% para LH, 25% por LNH y 22.1% en SK. Al comparar los grupos LH vs LNH vs SK se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medianas de CD4 basales, a 6 y 12 meses de seguimiento ( $p=0.011$ ,  $p=0.017$ ;  $p=0.09$ , respectivamente) a los 18 y 28 meses de seguimiento no se observaron diferencias. Al comparar intergrupalmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medianas de los niveles de CD4/CD8 basales, a los 6, 12 y a los 18 meses de seguimiento ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ,  $p=0.006$  y  $p=0.014$ ; respectivamente). Finalmente, al hacer comparaciones intragrupo, solo LH y SK mostraron diferencias en las medianas de CD4 durante el seguimiento ( $p=0.011$  y  $p=0.000$ , respectivamente) y para el coeficiente CD4/CD8 sólo se encontró diferencias en el grupo de SK ( $p=0.000$ ).

**Conclusiones**

Existen diferencias en los niveles de CD4 y CD4/CD8 entre los grupos de cáncer asociado a VIH. LH y SK presentan cambios en marcadores de inmunosupresión e inmunosenescencia durante 18 meses, que podrían señalar un posible marcador de pronóstico favorable en el deslace de la enfermedad; por otro lado, LNH no presenta cambios en biomarcadores de inmunosupresión a lo largo de nuestra corte lo que podrían indicar un pronóstico desfavorable en ese grupo.