

Absceso en pabellón auricular tras inicio efectivo de TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad)

F. Jover, J. M. Cuadrado, E. M. López-Calleja y J. Merino

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Clínico de San Juan. Alicante.

Caso clínico

Paciente de 36 años de edad que acude en diciembre de 2003 por cuadro febril en las últimas 48 horas, junto con dolor en lóbulo de pabellón auricular derecho, presentando una lesión nodular dolorosa y caliente. Según refiere presentaba en las últimas dos semanas una lesión pustulosa que ha ido creciendo de forma progresiva e indolora. Como antecedente era ex usuario de drogas por vía parenteral hasta hace 1 año. Fue diagnosticado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) estadio C-3 (negándose a tratamiento antirretroviral de gran actividad [TARGA]) y tuberculosis pulmonar y ganglionar tratada de forma correcta durante 12 meses (mayo 2002). Posteriormente en septiembre de 2003 se inició TARGA con lopinavir/ritonavir, lamivudina y zidovudina con buena tolerancia hasta el actual ingreso. El recuento de linfocitos CD4 en el momento de iniciar el tratamiento antirretroviral era de 45/mm³ y la carga viral de 97.000 copias. En la exploración física destacaba la presencia de signos inflamatorios y dolor a la palpación en lóbulo de pabellón auricular derecho, donde existía una zona abscesificada (fig. 1). Analítica: hemoglobina, 13,5 mg/dl; leucocitos, 4.400/ml (84% neutrófilos); plaquetas, 115.000/ml. Índice de Quick 82%. Bioquímica: función renal normal, leve hipertransaminasemia. Velocidad de sedimentación globular (VSG), 62 mm; proteína C reactiva, 17,1 mg/dl; lactato deshidrogenasa (LDH), 342 U/l. Linfocitos CD4, 124/mm³; carga viral VIH, <50 copias.



Fig. 1. Absceso en lóbulo del pabellón auricular derecho.

Evolución

Se inició tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina y se realizó drenaje del absceso en lóbulo de oreja derecha, quedando afebril tras el mismo. El cultivo del material drenado fue estéril.

Diagnóstico

Absceso piógeno en lóbulo de pabellón auricular derecho secundario a síndrome de reconstitución inmunológica (SRI) asociado a TARGA.

Comentario

La utilización de TARGA ha supuesto un cambio radical en la historia natural de la infección VIH y de la aparición de enfermedades oportunistas. Sin embargo, también ha provocado la aparición de un nuevo fenómeno paradójico que podría interpretarse como un fracaso del mismo, el SRI. Éste se desarrolla habitualmente en el primer mes del inicio del TARGA en pacientes gravemente inmunodeprimidos con cifras de linfocitos CD4 < 100/ml¹. Este fenómeno se ha asociado con la aparición de una amplia variedad de enfermedades infecciosas (tuberculosis por *Mycobacterium tuberculosis*, linfadenitis por *Mycobacterium avium-complex*, retinitis por *Cytomegalovirus*, neumonía por *Pneumocystis carinii*, criptococosis, etc.) y no infecciosas (sarcoma de Kaposi). Shelburne et al² han propuesto una serie de criterios diagnósticos tales como: a) diagnóstico previo de sida; b) TARGA que produzca un aumento de cifras de CD4 y disminución de la carga viral del VIH; c) existencia de síntomas consistentes con una enfermedad infecciosa/inflamatoria que aparezca tras introducción del TARGA, y d) los síntomas no pueden ser explicados por una infección de nueva adquisición, el curso clínico esperable de una infección en curso o los efectos del propio TARGA. Nuestro paciente cumplía todos estos criterios.

La fisiopatología del mismo está relacionada con el incremento del número de linfocitos CD4 de memoria (CD4RO+) que estaban activados previamente frente a antígenos expuestos en las primeras 2-4 semanas de TARGA³. El análisis del recambio celular y del tejido linfoide sugiere que se trata más de una redistribución celular que de una proliferación de linfo-

citos. Una reacción de hipersensibilidad tipo IV (retardada) podría explicar este fenómeno, estando el agente infeccioso de forma subclínica al inicio del TARGA². Diversos estudios han encontrado una incidencia media del 3%-10% de casos de SRI en pacientes gravemente inmunodeprimidos. Así, Michelet et al⁴ observaron una aparición del 10,2% de infecciones oportunistas en un total de 486 pacientes que habían iniciado TARGA en los 3 meses anteriores. En España varios estudios han mostrado una incidencia entre el 3,6%⁵ y el 7,8%⁶. Las cifras de linfocitos CD4 al inicio del TARGA se han demostrado como un predictor importante de desarrollo de SRI⁷. También la potencia del TARGA que produce una intensa reconstitución inmune es un factor que favorece su aparición, aunque ya existían casos descritos con pautas de dos inhibidores nucleósidos de la retrotranscriptasa⁸.

El tratamiento adyuvante con glucocorticoides ha demostrado ser útil en casos de SRI asociado a tuberculosis, retinitis por citomegalovirus (CMV) o criptococosis. En nuestro caso el tratamiento antibiótico y el drenaje quirúrgico, así como el mantenimiento del TARGA llevaron a la resolución del cuadro. Queremos destacar también la negatividad del cultivo del pus del absceso, probablemente reflejo de que el componente inflamatorio era predominante sobre el infeccioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shelburne SA, Hamill RJ. The immune reconstitution inflammatory syndrome. AIDS Rev. 2003;5(2):67-79.
2. Shelburne SA, Hamill RJ, Rodríguez-Barradas MC, Greenberg SB, Atmar RL, Musher DM. Immune reconstitution inflammatory syndrome. Emergence of a unique syndrome during highly active antiretroviral therapy. Medicine (Baltimore). 2002;81:213-27.
3. Stoll M, Schmidt RE. Immune restoration inflammatory syndromes: the dark side of successful antiretroviral treatment. Curr Infect Dis Rep. 2003;5: 266-76.
4. Michelet C, Arvieux C, François C. Opportunistic infections occurring during highly active antiretroviral treatment. AIDS. 1998;12:1815-22.
5. Rodríguez-Rosado R, Soriano V, Dona C, González-Lahoz J. Opportunistic infections shortly after beginning highly active antiretroviral therapy. Antiviral Therapy. 1998;3:229-31.
6. González-Castillo J, Blanco F, Soriano V, Barreiro P, Bravo MC, Jiménez-Nácher I, et al. Episodios oportunistas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana durante los primeros 6 meses de la terapia antirretroviral de gran actividad. Med Clin (Barc). 2001;117:81-4.
7. Lange CG, Lederman MM. Immune reconstitution with antiretroviral therapies in chronic HIV-1 infection. J Antimicrob Chemother. 2003; 51(1):1-4.
8. Ledermann B, Egger M, Erard V, Weber R, Hirscher B, Furrer H, for the Swiss HIV Cohort Study. AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy the swiss HIV cohort study. JAMA. 1999;282:2220-6.