

Bibliografía

- de Miguel S, Domenech M, González-Camacho F, Sempere J, Vicioso D, Sanz JC, et al. Nationwide trends of invasive pneumococcal disease in Spain from 2009 through 2019 in children and adults during the pneumococcal conjugate vaccine era. *Clin Infect Dis*. 2021;73:e3778–87, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1483>.
- Latasa Zamalloa P, Sanz Moreno JC, Ordobás Gavín M, Barranco Ordoñez MD, Insúa Marisquerena E, Gil de Miguel Á, et al. Trends of invasive pneumococcal disease and its serotypes in the Autonomous Community of Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018;36:612–20.
- BVCM050769.pdf [Internet]. Available from: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050769.pdf> [visited 14.2.24].
- Malo JA, Ware RS, Lambert SB. Estimating the risk of recurrent invasive pneumococcal disease in Australia, 1991–2016. *Vaccine*. 2021;39:5748–56.
- Alsina L, Basteiro MG, de Paz HD, Iñigo M, de Sevilla MF, Triviño M, et al. Recurrent invasive pneumococcal disease in children: underlying clinical conditions, and immunological and microbiological characteristics. *PLOS ONE*. 2015;10:e0118848.
- Mufson MA, Hao JB, Stanek RJ, Norton NB. Clinical features of patients with recurrent invasive *Streptococcus pneumoniae* disease. *Am J Med Sci*. 2012;343:303–9.
- VacGruposRiesgo.todas.las.edades.pdf [Internet]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo.todas.las.edades.pdf> [visited 14.2.24].
- Murad Y, Hung TY, Sadarangani M, Morris SK, Le Saux N, Vanderkooi OG, et al. Clinical presentations and outcomes of children in Canada with recurrent invasive pneumococcal disease from the IMPACT surveillance network. *Pediatr Infect Dis J*. 2022;41:e166–71.
- Murphy C, Inverarity D, McGoldrick C, Mitchell L, Paterson P, Thom L, et al. Treated follicular lymphoma, recurrent invasive pneumococcal disease, nonresponsiveness to vaccination, and a unique pneumococcus. *Case Rep Hematol*. 2012;2012:386372.
- Lee D, Jordan AI, Menges MA, Lazaryan A, Nishihori T, Gaballa SR, et al. Pneumococcal conjugate vaccine does not induce humoral response when administered within the six months after CD19 CAR T-cell therapy. *Transplant Cell Ther*. 2023;29, 277.e1–e9.

Ivonne Andrea Torres Jiménez^a, Sara de Miguel García^{a,b,*}, Julio Sempere García^{b,c}, Juan Carlos Sanz Moreno^{d,e}

^a Department of Preventive Medicine, University Hospital 12 de Octubre, Madrid, Spain

^b CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

^c Spanish Pneumococcal Reference Laboratory, National Centre for Microbiology, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

^d Clinical Microbiology Unit, Public Health Regional Laboratory of the Community of Madrid, Directorate General of Public Health, Madrid, Spain

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública, ISCIII, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: sarade.miguel@salud.madrid.org (S. de Miguel García).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.06.004>

0213-005X/ © 2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Intolerancia a vía oral: nuevo escenario para la terapia antirretroviral parenteral



Oral intolerance: new scenario for parenteral antiretroviral therapy

Hasta la fecha, las guías de práctica clínica recomiendan iniciar y mantener tratamiento antirretroviral (TAR) en todos los pacientes con diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), independientemente de la cifra de Linfocitos T CD4, con la intención de mejorar su salud, reducir el estado proinflamatorio y disminuir la prevalencia de enfermedades asociadas, preservando o tratando de mejorar la función inmunológica, así como reducir la transmisión del VIH en la población¹.

Atendiendo a las recomendaciones previas, la cuestión es más grave cuando acontecen situaciones clínicas inesperadas que impiden mantener el TAR por vía oral. Para su abordaje, las guías de práctica clínica más recientes como las estadounidenses proponen soluciones temporales como la suspensión perioperatoria por menos de dos días, la secuenciación a formulaciones líquidas o a regímenes de TAR que se puedan triturar y sean compatibles para su administración por vías enterales². Pero ¿qué sucede cuando la vía oral es totalmente inaccesible incluso empleando una sonda nasogástrica? Ante esta cuestión clínica, documentamos el siguiente caso clínico:

Paciente mujer de 55 años de edad, vive con VIH desde el año 2000. En su tercera línea de TAR: lo inició con darunavir potenciado con ritonavir y emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (DRV/rito + FTC/TDF) que posteriormente se simplificó a dolutegravir/abacavir/lamivudina (DTG/ABC/3TC) y desde diciembre de 2020 simplificada a terapia dual en régimen basado en inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN) con dolutegravir/rilpivirina (DTG/RPV). No había presentado ningún fracaso virológico, pero no disponíamos de más información pues se había trasladado desde otro centro en el que se hizo el diagnóstico. Pese a no tener documentado estudio de mutaciones

de resistencia, el TAR actual suscitaba la no sospecha de mutaciones en la retrotranscriptasa pues mantenía un adecuado control inmunoviológico en los seis meses previos al ingreso (Linfocitos T CD4: 501/mm³ y carga viral VIH < 40 cp/mL) con un TAR basado en ITINAN.

Como otros antecedentes, destacaba una infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) tratada y en respuesta viral sostenida sin datos de hepatopatía e inmunizada frente al virus de la hepatitis B (VHB). En septiembre de 2023, tras un síndrome consuntivo, ictericia y diarrea, es diagnosticada de adenocarcinoma de páncreas estadio IIB por lo que inició tratamiento quimioterápico neoadyuvante y en mayo de 2024, fue intervenida, realizándose una duodenopancreatectomía cefálica con resección parcial de la pared lateral de la vena porta con adecuada respuesta radiológica y biológica. El posoperatorio implicó un sondaje nasogástrico a caída libre que mantenía con un alto débito. El abordaje enteral no era una opción, pues todo el contenido oral era eliminado por la sonda nasogástrica y la cirugía no permitía otro abordaje intervencionista. Con ello y en previsión de que la situación persistiera durante un largo tiempo y tras haber transcurrido tres días de omisión del TAR oral previo, es donde surge la posibilidad de secuenciar el TAR a vía parenteral. Así se hizo, administrándose cabotegravir (CBG) + RPV por vía intramuscular, tras valorar riesgo/beneficio y en consenso con la paciente, que mantenía un adecuado control inmunoviológico. No presentó ningún efecto secundario derivado de ello.

Disponemos de algunos medicamentos antirretrovirales en formulaciones parenterales como zidovudina, enfuvirtida, ibalizumab, CBG y RPV. La combinación de acción prolongada CBG + RPV está aprobada como un régimen completo para el tratamiento del VIH e incluida como opción de simplificación en guías como la española de GESIDA en pacientes sin fracasos virológicos previos, sin mutaciones de resistencia conocidas ni sospechadas a integrasas ni a ITINAN, que, además, hayan mantenido supresión virológica en los seis meses previos con un TAR oral estable³. Aún no disponemos de evidencia científica suficiente como para su recomendación en situaciones como la descrita en este manuscrito^{2,4–6}.

Estudios como los ATLAS y FLAIR, demostraron la eficacia y seguridad de la combinación referida tanto en su administración mensual como bimensual, permitiendo a su vez, una menor toxicidad relacionada con el TAR al reducir el número de componentes y minimizando el desarrollo potencial de resistencias en pacientes con adherencia subóptima al TAR estándar oral^{4,7,8}.

Contemplando todo ello, consideramos que la combinación de CBG + RPV se trata de un régimen robusto y seguro, que permitiría mantener un TAR activo y eficaz en un escenario complejo como es la imposibilidad de alimentación enteral, siendo una alternativa al tratamiento estándar, evitando potenciales complicaciones derivadas de una interrupción del TAR.

Financiación

Confirmamos que la elaboración de este manuscrito no ha sido financiada por ninguna entidad ni institución.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Fuentes y al Dr. Vargas, cirujanos que han confiado en nosotros para colaborar en el caso y tratar de aportar lo mejor de nosotros mismos para con nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Bracchi M, Pozniak A. Observing the revolution: A commentary on the new GeSIDA HIV guidelines. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:505–7.
2. Discontinuation or Interruption of Antiretroviral Therapy NIH [Internet]. [consultado 22 May 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/discontinuation-or-interruption?view=full>

3. Palacios R, Ramón Arribas J, Polo R, González-García J, Bautista A, Antela A, et al. Documento de consenso de GeSIDA/ División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2023) [Internet]. España: GeSIDA; 2023 [consultado 23 May 2024]. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia-TAR.V12.pdf>
4. Taki E, Soleimani F, Asadi A, Ghahramanpour H, Namvar A, Heidary M. Cabotegravir/Rilpivirine: the last FDA-approved drug to treat HIV. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2022;20:1135–47.
5. Blair HA. Ibalizumab: A Review in Multidrug-Resistant HIV-1 Infection. *Drugs*. 2020;80:189–96.
6. Clotet B, Raffi F, Cooper D, Delfraissy JF, Lazzarin A, Moyle G, et al. Clinical management of treatment-experienced, HIV-infected patients with the fusion inhibitor enfuvirtide: consensus recommendations. *AIDS*. 2004;18:1137–46.
7. Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Jaeger H, Orrell C, Nagimova F, et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine dosed every 2 months in adults with HIV-1 infection (ATLAS-2M), 48-week results: a randomised, multicentre, open-label, phase 3 b, non-inferiority study. *Lancet*. 2021;396(10267):1994–2005.
8. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Masiá M, et al. Long-Acting Cabotegravir and Rilpivirine for Maintenance of HIV-1 Suppression. *N Engl J Med*. 2020;382:1112–23.

Sergio Ferra Murcia^{a,*}, Ana Belén Lozano Serrano^b,
Marta Segura Díaz^c y Antonio Ramón Collado Romacho^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

^b Unidad de Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Poniente, El Ejido, Almería, España

^c Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio.ferra.sspa@juntadeandalucia.es
(S. Ferra Murcia).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.06.005>

0213-005X/ © 2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Meningitis tuberculosa por *Mycobacterium africanum* en España, a propósito de un caso



Tuberculous meningitis due to *Mycobacterium africanum* in Spain, a case report

Presentamos el caso de un paciente de 30 años, natural de Gambia y residente en España desde hace dos años, sin antecedentes patológicos de relevancia, ni alergias conocidas. El paciente acudió a urgencias del Hospital de Palamós (hospital comarcal) por cuadro de cefalea, fotofobia, febrícula y malestar general de un mes de evolución, acompañado de hiporexia, astenia generalizada y sudoración nocturna en la última semana. Los análisis iniciales, incluyendo hemograma, sedimento urinario y reactantes de fase aguda, fueron normales.

Una tomografía computarizada (TC) cerebral mostro dilatación del sistema ventricular supratentorial con signos de actividad y trasudado epidural. La punción lumbar reveló glucosa en líquido cefalorraquídeo (LCR) de 30 mg/dL, proteínas 349 mg/dL, leucocitos 350/mm³, polimorfonucleares 72% y ADA 14 U/L, sugiriendo una probable meningitis bacteriana complicada con hidrocefalia. El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM), iniciándose tratamiento empírico con ampicilina, aciclovir, rifampicina y dexametasona.

La resonancia magnética (RM) cerebral (fig. 1) mostró hallazgos compatibles con meningitis aguda con captación leptomenígea, ventriculitis y signos de complicación isquémica en la cápsula interna izquierda. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en LCR (GeneXpert MTB/RIF Ultra[®]) resultó positiva para *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) sensible a rifampicina, diagnosticándose como meningitis tuberculosa. Se ajusta tratamiento antituberculoso con rifampicina, isoniazida, estreptomina, linezolid y dexametasona.

A las 72 horas en UCIM presentó deterioro del estado de conciencia (Glasgow 8), labilidad hemodinámica, requiriendo intubación y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital de mayor complejidad (Hospital J. Trueta, en Girona), donde se ajustó el tratamiento a rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etionamida y dexametasona.

En la UCI presentó entre otras complicaciones, midriasis izquierda y bradicardia secundarias a la hidrocefalia, recibiendo tratamiento con manitol y drenaje ventricular externo (DVE), ventriculitis tratada con ganciclovir, traqueobronquitis asociada a intubación (por *Escherichia coli* multisensible) e infección del DVE tratado con vancomicina y meropenem, evolucionando hemodinámicamente estable pero neurológicamente en coma. Posteriormente, presentó neumonía secundaria a broncoaspiración, modificándose el tratamiento a rifampicina, isoniazida, pirazina-