

CAS CLÍNIC SCMIMC

21 novembre 2019

Mariona Ferrer



HOSPITAL DE MATARÓ
CONSORCI SANITARI DEL MARESME



**SOCIETAT
CATALANA
DE
MALALTIES
INFECCIOSES
I
MICROBIOLOGIA
CLÍNICA**



EL NOSTRE CAS

Home 56 anys

- Hàbits tòxics:
 - Fumador de 10 cig/dia
 - Etilisme crònic (10 UBE/dia)

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

- Trastorn adaptatiu (fluoxetina i trazodona)
- Infecció pel VIH
 - Diagnòstic l'any 2004
 - Primoinfecció manifestada amb Guillain-Barré
 - Tractament actual: abacavir/lamivudina i nevirapina
 - Supressió virològica des de 2008
 - Darrers CD4 832/mL (36,7%), índex CD4/CD8 0,8
 - Serologies: HBsAg, VHC, RPR i TPHA negatius (2015)
- Síndrome antifosfolípida amb anticoagulant lúpic positiu (AAS)



MALALTIA ACTUAL

- Síndrome diarreica d'una setmana d'evolució amb >10 deposicions/dia sense productes patològics associades a dolor abdominal i sense febre
- Empitjorament progressiu amb afectació de l'estat general, cefalea holocranial i bradipsíquia en les darreres 72 hores

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Lesions maculoses a palmes i plantes
- No adenopaties perifèriques
- Conscient i orientat en les 3 esferes, sense evidència de dèficits focals neurològics.
- Resta d'exploració normal





EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Analítica

- GOT 190, GPT 148, FA 1584, GGT 1630, bilirrubina total 0.46
- Creatinina 2.42, Na 130, K 5,5, FG (CKD-EPI) 29
- PCR 47, Calci 8,1, fosat 3,9, proteïnes 5,7 (albúmina 2,5)
- Hb 12.7, leucòcits 15780 (NT 5790, LT 7390), CD4 1378 (54.9%).
- TP 1,11, TTPA 1,80
- Autoimmunitat: ANA -, anticoagulant lúpic +
- Càrrega viral VIH indetectable
- TPHA positiu, RPR positiu títol 1/256

Microbiologia

- Hemocultius i coprocultiu negatius
- GDH i toxines de *C. difficile* negatives
- PCR de malalties de transmissió sexual negatives (canal anal, faringe i orina)

Punció lumbar

LCR aigua de roca: 31 cèl (97% limfòcits), glucosa 36 mg/dL, proteïnes 53,4 mg/dL, cultiu i **VDRL negatiu**



ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

- **Secundarisme luètic amb afectació:**
 - **meníngia**
 - **intestinal**
 - **hepàtica: hepatitis colostàsica**

TRACTAMENT

- Penicil·lina G sòdica 24 milions/dia via IV durant 14 dies



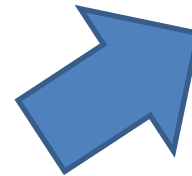
EVOLUCIÓ

Evolució tòrpida amb persistència de malestar general i de les diarrees.



Colonoscòpia i entero-RMN normals, biòpsies esglaonades de sigma amb un increment del component inflamatori mixt a la làmina pròpia.
Ecografia abdominal i RMN hepàtica normals.

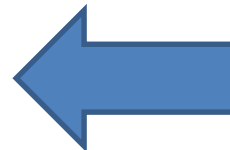
Es realitzaren una sèrie de proves diagnòstiques.



Persisteix una severa postració amb tendència a la hipotensió amb TAS de fins a 66 mmHg que milloren amb serumteràpia i un important ortostatisme. Empitjorament de la cefalea.



Controls analítics:
creatinina 1,02, Na 136, K 4,9, Cl 95, GOT 187, GPT 170, GGT 1523, FA 1170, calci 9,4, fòsfat 4,3, magnesi 1,89, albúmina 3,8, Hb 12,2, leucòcits 7280 i plaquetes 245000







EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Estudi hormonal:

- Cortisol basal **0,11** (4,8-19,5)
- TSH **0,07** (0,3-4,2), T4 **0,22** (0,8-1,8), T3 **1,11** (2-4,4)
- FSH **0,6** (1,5-12,4), LH **<0,3** (1,7-8,6), Prolactina **<20** (86-324) i Testosterona **<0,12** (1,93-7,4), Testosterona lliure **0**
- IGF-1 **40,3** (59-206)

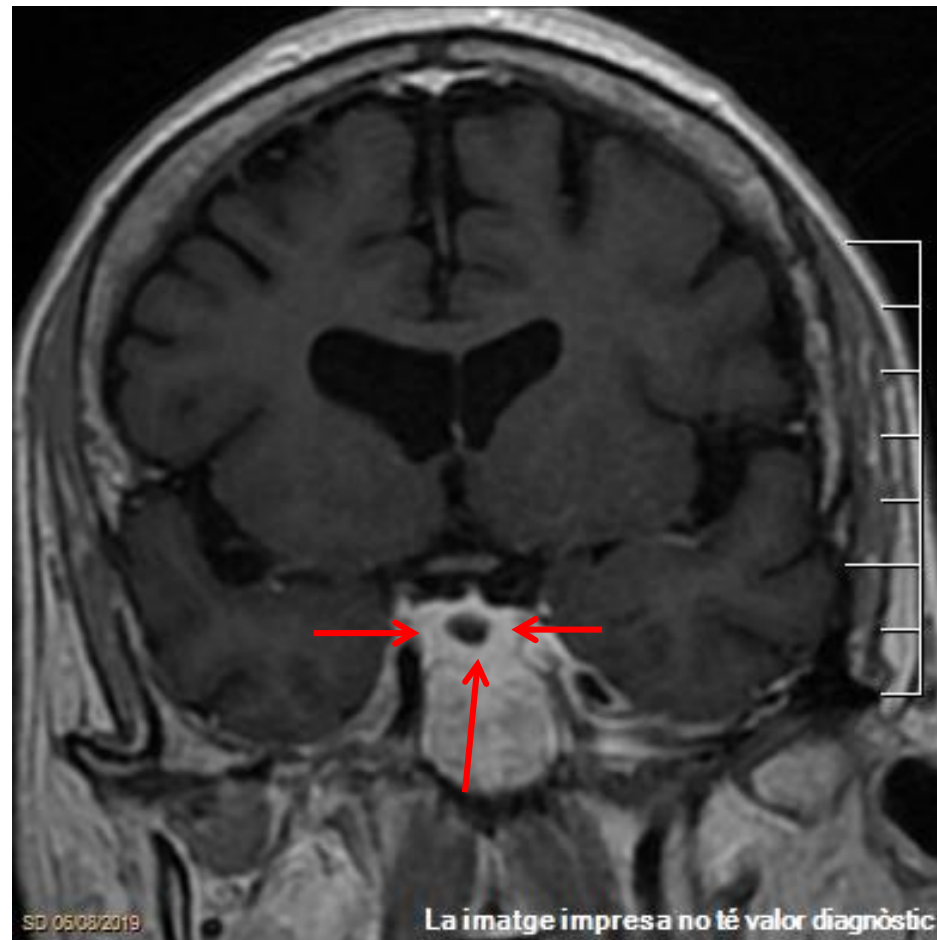
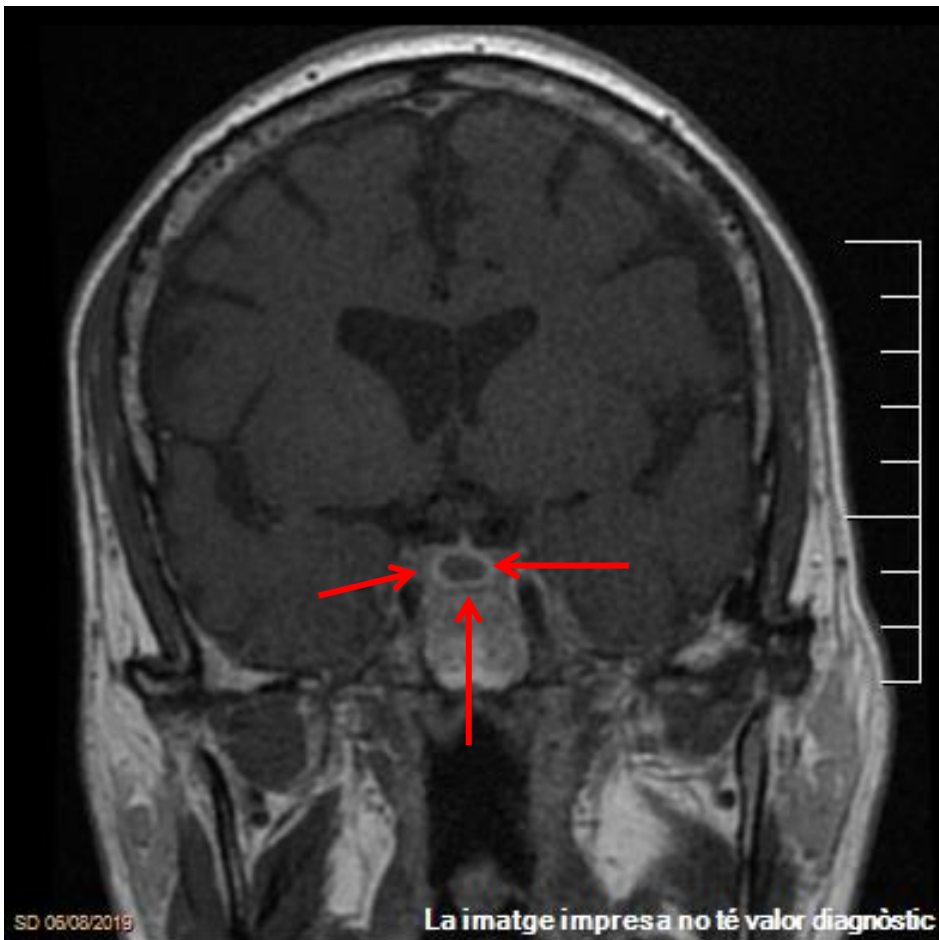
RMN cerebral



Hospital de Mataró

T1 coronal

T1 coronal post-contrast



Alteració de la senyal a la hipòfisi que presenta un centre hipointens a T1 i hiperintens a T2. A la perifèria s'observa halo hiperintens a T1 i hipointens a T2. Enguiximent del tall hipofisari. Captació de contrast en anell de la lesió descrita i també del tall hipofisari.



Hospital de Mataró

T2 coronal



SD 06/08/2019

La imatge impresa no té valor diagnòstic



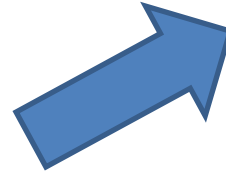
DIAGNÒSTICS DEFINITIUS

- **Sífilis secundària amb afectació hepàtica, meníngia i intestinal**
- **Hipofisitis luètica amb un dubtós abscess associat**
- **Panhipopituïtarisme**

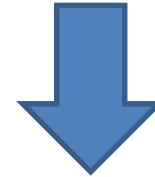


EVOLUCIÓ

S'inicia tractament hormonal substitutiu amb hidrocortisona 20 mg/8 hores i levotiroxina 75µg/dia



Inicia clínica de poliúria i polidípsia amb diüresis de 5570 mL/dia.



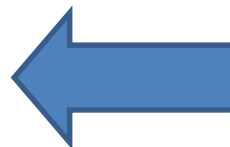
Osmolalitat en plasma 279
Osmolalitat en orina 79



Diabetis insípida central



S'inicia tractament amb desmopresina (Minurin flas® 120 mg 1 comp/12h)



Bona evolució. Remissió progressiva de la hipotensió, la cefalea i les diarrees. Recuperació progressiva de l'estat general. Alta hospitalària. Control post-alta: persisteix bona evolució clínica.



REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Hindawi
Case Reports in Infectious Diseases
Volume 2017, Article ID 1489210, 3 pages
<https://doi.org/10.1155/2017/1489210>

Case Report

Subacute Hypophysitis with Panhypopituitarism as First Presentation of HIV and Syphilis Coinfection



Cas 1. Porto, 2016

Home 42 a, MSM. Cefalea, anorèxia, disfunció erèctil. Pèrdua sobtada de visió. Exantema. OFT: panuveïtis



PL: pleocitosis limfocitària, ↑proteïnes, VDRL al LCR -, RNA-VIH al LCR ↑, cultiu LCR -



Serologia VIH +, CD4 264, VDRL +, Ac IgM +



Estudi hormonal: TSH i T4, cortisol, LH i TST baixos



RMN: augment heterogeni de la hipòfisi, amb captació perifèrica de contrast



Ttm: penicil·lina G 14 dies.

Evolució: resolució cefalea i pèrdua de visió. Reducció hormonal. Normalització imatges RMN.



REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Spinner et al. *BMC Infectious Diseases* 2013, **13**:481
<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/481>

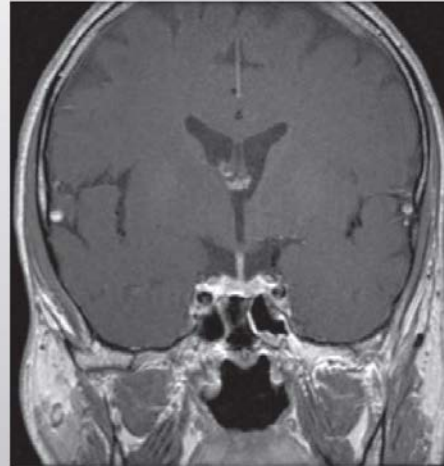
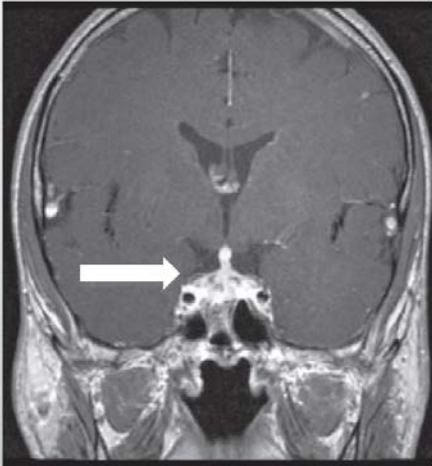


CASE REPORT

Open Access

Acute hypophysitis and hypopituitarism in early syphilitic meningitis in a HIV-infected patient: a case report

Christoph D Spinner^{1,5*}, Sebastian Noe¹, Christiane Schwerdtfeger^{1,5}, Antonia Todorova^{2,5}, Jochen Gaa³, Roland M Schmid¹, Dirk H Busch^{4,6} and Michael Neuenhahn^{4,6*}



Cas 2. Berlín, 2013

Home 46 a, MSM. VIH +.
Cefalea progressiva, febre,
fotofòbia. Exantema.



PL: pleocitosis
limfocitària, ↑proteïnes.
Cultiu LCR negatiu. **VDRL
al LCR positiu.**

Serologia: TPHA positiva,
IgG-FTA positiva, VDRL
positiva



Estudi hormonal: TSH i
T4, cortisol, LH, TST i IGF-
1 baixes



RMN: engruïment de la
hipòfisi amb realçament
heterogeni del contrast



Ttm: ceftriaxona 2 g 14 dies

Evolució: resolució cefalea i
febre. Reducció hormonal.
Normalització imatges
RMN.



REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

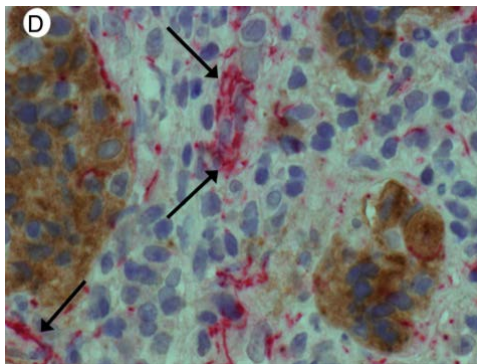
SPECIAL FEATURE

Case Report

The Great Imitator in Endocrinology: A Painful Hypophysitis Mimicking a Pituitary Tumor

Léopoldine Bricaire,* Clélia Van Haecke,* Sara Laurent-Roussel,* Grace Jrad, Jérôme Bertherat, Michèle Bernier, Stephan Gaillard, Lionel Groussin,* and Nicolas Dupin*

Department of Endocrinology, Referral Center for Rare Adrenal Diseases (L.B., G.J., J.B., L.G.), and Departments of Dermatology (C.V.H., N.D.) and Pathology (S.L.-R.), Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Cochin, 75014 Paris, France; Inserm U1016 (J.B., L.G., N.D.), Centre National de la Recherche Scientifique UMR 8104, Université Paris-Descartes, Institut Cochin, 75014 Paris, France; Departments of Pathology (M.B.) and Neurosurgery (S.G.), Hôpital Foch, 92151 Suresnes, France; and Syphilis National Reference Center (N.D.), Hôpital Cochin, 75014 Paris, France



Cas 3. París, 2015

Home 28 a, MSM. Cefalea intensa. Exantema.
**Primer es fa RMN i s'interpreta com a tumor.
Ressecció Qx.



PL: VDRL LCR negativa, resta de valors també normals

Serologies: VIH negativa, TPHA i VDRL positives



Estudi hormonal: TSH i T4, cortisol baixos, eix gonadal normal



RMN que mostra engrandiment heterogeni de la hipòfisi amb extensió suprasellar



Ttm: penicil·lina B 20 milions 14 dies.

AP: presència de *T. pallidum*.

Cefalea desapareix, reducció hormonal.



Syphilis in the HIV-infected patient

Author: [Anne Rompalo, MD](#)

Section Editor: [Jeanne Marrazzo, MD, MPH, FACP, FIDSA](#)

Deputy Editor: [Jennifer Mitty, MD, MPH](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: Oct 2019. | This topic last updated: Oct 17, 2019.

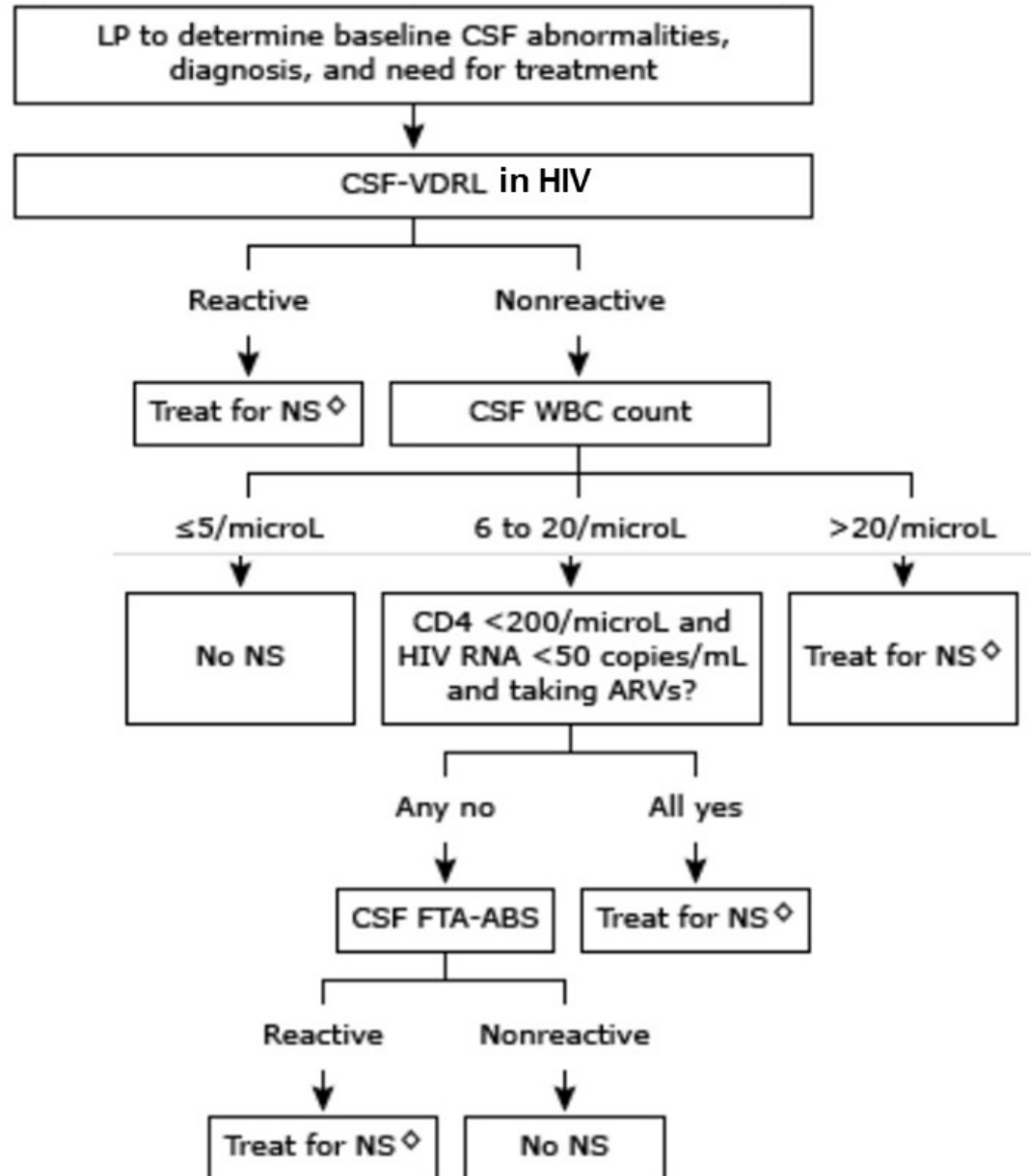
Particularitats neurològiques en pacients VIH

Afectació neurològica precoç, fins i tot amb clínica de sífilis primària concomitant.

Controvèrsia sobre si realitzar PL de forma sistemàtica en els pacients amb VIH.

Controvèrsia de PL en HIV amb <200-350 CD4

Neurològiques asimptomàtiques



GRÀCIES!!!



HOSPITAL DE MATARÓ
CONSORCI SANITARI DEL MARESME



**SOCIETAT
CATALANA
DE
MALALTIES
INFECCIOSES
I
MICROBIOLOGIA
CLÍNICA**