

Introducción

La característica principal de la infección con el virus del HIV es el deterioro funcional, constante y progresivo de los linfocitos T CD4+, con el consiguiente deterioro secundario de todo el sistema inmune celular. La inmunodeficiencia progresiva es resultado directo de sus efectos sobre las células inmunes, e indirecto debido al estado generalizado de inflamación. Como consecuencia, las personas infectadas con HIV tienen mayor riesgo de desarrollar diversas enfermedades oportunistas, por ejemplo toxoplasmosis cerebral y cryptosporidiosis. La infección del ser humano por *Toxoplasma gondii* está muy difundida, sin embargo las manifestaciones graves se dan en los pacientes inmunocomprometidos. La toxoplasmosis crónica no siempre permanece latente, las reactivaciones a menudo son debidas a la ruptura de los quistes. En individuos inmunodeprimidos las reactivaciones suelen ser de índole neurológica, produciendo hemiparesia, convulsiones, trastornos visuales, confusión y letargo. El diagnóstico de encefalitis por *T.gondii* generalmente precisa de una tomografía computarizada, y para el diagnóstico definitivo se utilizan técnicas microscópicas, serológicas y moleculares.

Caso clínico

Paciente de 49 años de edad con antecedentes de HIV sin tratamiento actual, tabaquista de jerarquía y ex adicto a drogas vía intravenosa (ADVI) consulta a guardia externa del hospital Alberdi el día 08/04/2025, por cuadro de 1 semana de evolución, según refiere, caracterizado por hemiparesia braquiocrural. Niega fiebre, náuseas, vómitos y cefaleas, posee diarrea acuosa de 1 mes de evolución y un dolor abdominal tipo cólico. Desde la guardia externa se le solicita una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo con contraste informando hipodensidad en el lóbulo frontal. Ingresa a sala de clínica médica para diagnóstico, tratamiento y control evolutivo.
Impresión general: regular; estado general- Adelgazado.
Examen neurológico: vigil, orientado globalmente. Paresia braquial izquierda 3/5 y crural 4/5.

Resultados

ESTADO ÁCIDO- BASE AL INGRESO: *Alcalosis respiratoria*

PH: **7.49** PO2: 97.6 PCO2: **28.5** SAT: 98.1 HCO3: **21.2** EXCESO DE BASE: -1.6

-LABORATORIO BÁSICO

Fecha	8/4	9/4	11/4	14/4	22/4	25/4	30/4	5/5
GB (10 ³ cel/mm3)	4,46	3,18	4,58	4,18	3,96	5,10	5,74	5,43
HTO (%)	30,8	26,2	22,5	28,5	26,5	25,5	20,1	20,9
HB (g/l)	9,8	8,4	7,4	9,6	8,6	8,2	6,4	6,8
VCM (fl)	82	83	82	80	82	84	88	90
HCM (pg)	26,3	26,7	27,1	27	26,8	27,2	28,2	29,3
VES (mm/h)	82		47		95		>120	
GLICEMIA (mg/dl)	118	113	247	76	87	84	104	99
UREA (mg/dl)	12	24	10	10	15	17	29	27
CREATININA (mg/dl)	0,58	0,66	0,55	0,59	1,14	0,90	0,77	0,66
Na	131	134	124	126	123	124	123	128
K	3	3,3	3,6	4,7	5	4,2	4,2	4,2
Cl (meq/l)	95	102	99	94	88	90	93	96
PCR (mg/l)	55,4	90,5	88,6			20,2	61	

Tabla 1 determinaciones de laboratorio.

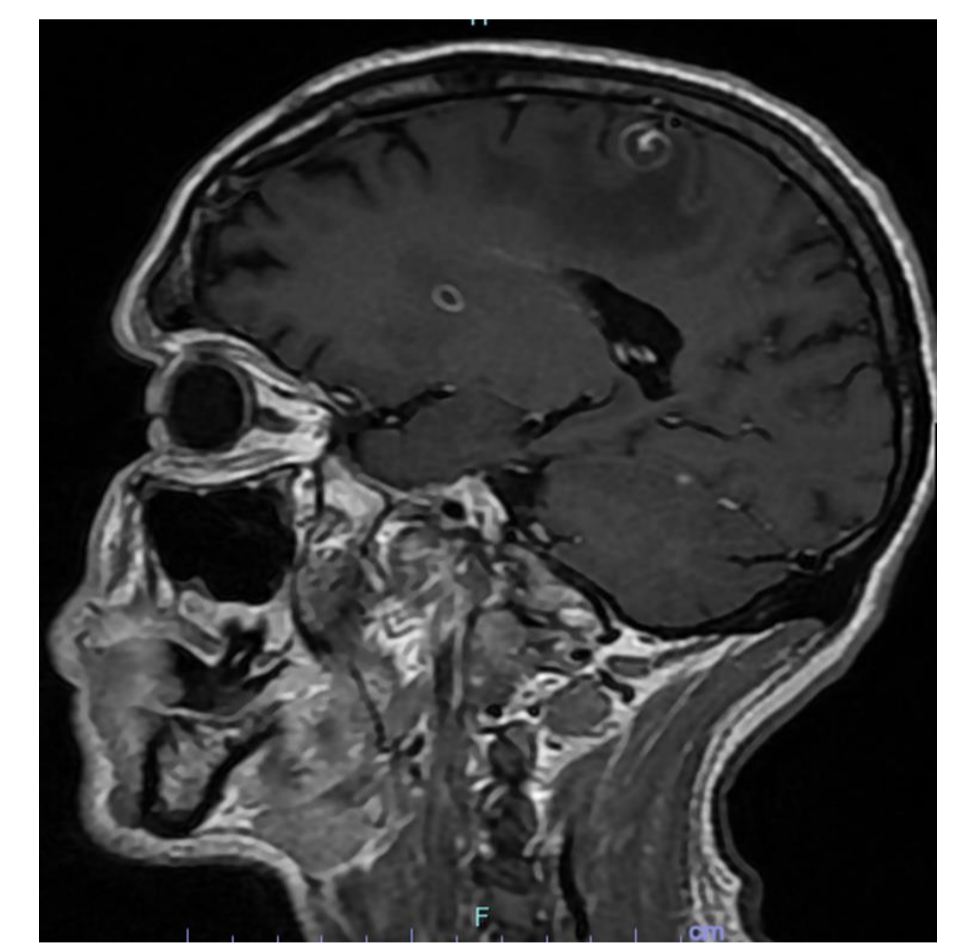
Nota: los valores resaltados en rojo corresponden a resultados fuera del rango de referencia

- LABORATORIO PERFIL HEPÁTICO

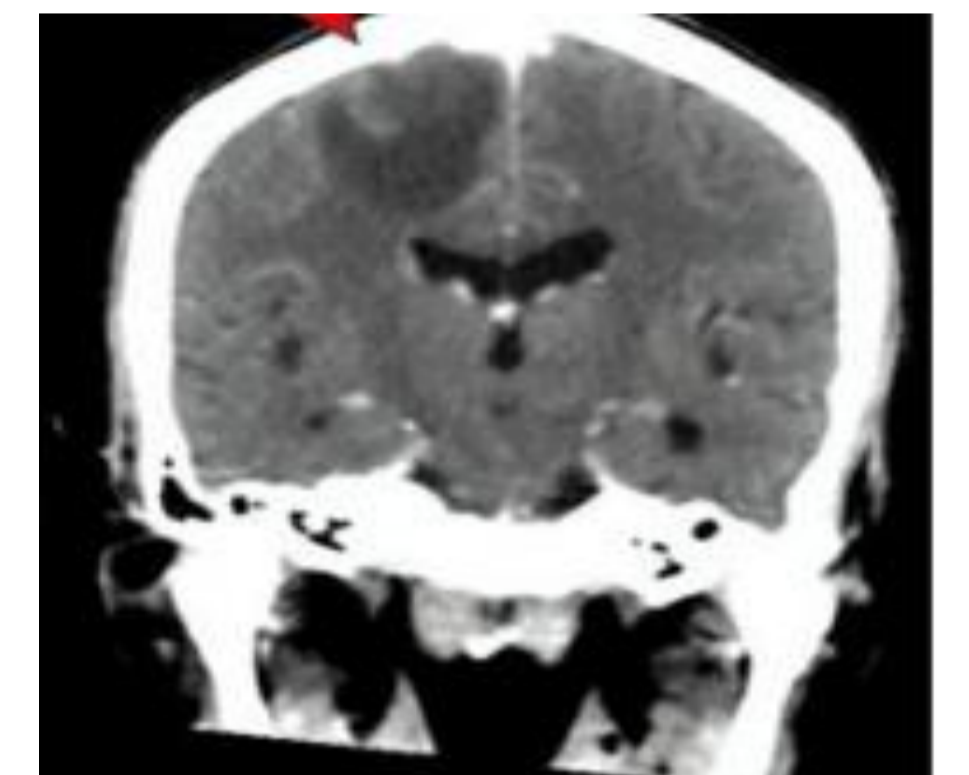
FECHA	8/4	9/4	11/4	14/4	22/4	25/4	30/4
GOT (U/l)	34		22	41	84	50	33
GPT (U/l)	20		11	26	83	69	41
FAL (U/l)	451		329	493	463	380	326
GGT (U/l)	58		36	50	65	55	42
PROT T (g/dl)		6,4					
ALBÚMINA (g/dl)		2,5					
GLOBULINAS (g/dl)		3,9					

Tabla 2: determinaciones de laboratorio.

Nota: los valores resaltados en rojo corresponden a resultados fuera del rango de referencia



Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con contraste. Se observan lesiones con realce en anillo y edema perilesional. Lesiones de posible origen infeccioso.



Tomografía axial computarizada (TAC). Se observa imagen hipodensa sin realce en lóbulo parietal.

MICROBIOLOGÍA

9/4/2025:
Coprocultivo: *Shigella*.

Leucocitos en Materia Fecal: abundantes

Parasitológico: Ooquistes de *Cryptosporidium spp*

HEPATITIS C (Ac): REACTIVO

V.D.R.L.: NO REACTIVO

HEPATITIS B (HBsAg): NO REACTIVO

TOXOPLASMOSIS: Ac. IgG: 152.1 UI/ml VR: ≥3.0 UI/ml: REACTIVO
Ac. IgM: menor a 0.1 UI/ml VR: <0.5 UI/ml: NO REACTIVO

SUBPOBLACIÓN LINFOCITARIA CD8:

LINFOCITOS CD8: 62,9%
LINFOCITOS CD8 total: 213 cel/ul

SUBPOBLACIÓN LINFOCITARIA CD4:

LINFOCITOS CD4: 7.4% LINFOCITOS CD4 TOTALES: 25 cel/ul

CARGA VIRAL HIV: 1.140.000 copias/ml

Conclusiones

El presente caso refleja de manera clara y preocupante la complejidad del abordaje de pacientes en situación de vulnerabilidad social, como lo es una persona en situación de calle con HIV avanzado sin tratamiento.

La falta de acceso sostenida a la salud, la escasa adherencia terapéutica, la ausencia de educación sanitaria básica y el contexto socioeconómico adverso constituyen factores que atentan contra la continuidad de cualquier estrategia médica, por más efectiva que sea en términos farmacológicos o clínicos.

El paciente presentó una patología oportunista prevenible, como la toxoplasmosis cerebral, resultado de una inmunodepresión severa, evitable con un diagnóstico precoz y un tratamiento antirretroviral sostenido. A pesar de la intervención hospitalaria prolongada, la fuga del paciente sin alta médica interrumpió el seguimiento, comprometiendo su recuperación.

Estas situaciones resaltan la importancia de abordar la salud de manera integral, considerando no solo el aspecto clínico, sino también las condiciones sociales que rodean al paciente. Factores como el acceso a una vivienda adecuada, la salud mental, la contención familiar y comunitaria, y el acompañamiento sostenido son fundamentales para lograr una atención eficiente y mejorar la adherencia a los tratamientos.

De no abordarse estos aspectos de manera interdisciplinaria e intersectorial, los esfuerzos del sistema sanitario no solo se verán desaprovechados, sino que perpetúan un ciclo de atención fragmentada, altos costos evitables y resultados clínicos pobres.

Es imprescindible replantearse los modelos de atención para que estos pacientes no solo accedan a la salud, sino que puedan sostenerla, puesto que sin una contención real un estado de bienestar integral se vuelve inalcanzable.