MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIH/SIDA: REPORTE DE UN CASO

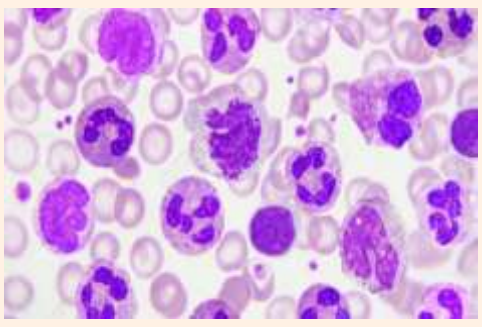
SOLANO, LUIS. MARIÑO, MARÍA JOSÉ.
SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
CARCAS - VENEZUELA.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad, natural de Capaya (Edo. Miranda) y procedente de Temblador (Edo. Monagas), de ocupación conductor, sin antecedentes patológicos conocidos. Inicia enfermedad actual el 22 de mayo de 2025, con un episodio febril no cuantificado, seguido de evacuaciones líquidas, fétidas (más de 4 episodios en 24 horas), sin moco ni sangre, asociadas a vómitos de contenido alimentario.

Tras una evaluación inicial con resultados de VIH indeterminados, el cuadro progresa con deterioro del estado de conciencia, desorientación, bradipsiquia, disartria y debilidad muscular proximal en miembros inferiores (fuerza muscular 3/5); motivo por el cual es trasladado al Servicio de Infectología del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Se realizó control paraclínico, evidenciando VIH positivo, anemia (Hb 10.2 g/dL), plaquetas normales (235.000/mm³) y falla renal severa (Urea 279 mg/dL). El frotis de sangre periférica documentó abundantes esquistocitos, confirmando SUH. Requirió cuatro sesiones de hemodiálisis. Durante una estancia de 7 semanas, complicó con endocarditis infecciosa por S. aureus asociada a catéter, y hemorragia digestiva severa por úlcera gástrica Forrest IIA, requiriendo 8 unidades de concentrado globular y cauterización endoscópica. Tras estabilización, inició terapia antirretroviral (TDF/3TC+DTG) con resolución de la uremia (Urea 21 mg/dL, Creatinina 1.0 mg/dL) y recuperación plaquetaria.



DISCUSIÓN

La coexistencia del SUH y la infección por VIH representa un desafío clínico multifactorial. En este caso, aunque existía sintomatología gastrointestinal previa, la negatividad de coprocultivos y la ausencia de toxina Shiga orientan la etiología hacia una MAT asociada directamente al estado de inmunodeficiencia avanzada.

El pilar diagnóstico fue el análisis morfológico. La identificación de esquistocitos, con Coombs y VDRLnegativos, confirmó una hemólisis mecánica no inmune, diferenciándola de otras anemias comunes en el paciente con SIDA. La presencia de estas células refleja el cizallamiento eritrocitario en la microcirculación renal, explicando la lesión renal aguda estadio AKI III observada.

CONCLUSIÓN

ElSUH es una complicación crítica en pacientes con VIH/SIDA que puede presentarse como debut de la enfermedad. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha ante la tríada de anemia, lesión renal y síntomas neurológicos. El frotis de sangre periférica sigue siendo una herramienta de bajo costo y alta especificidad. El abordaje multidisciplinario precoz y la instauración temprana de la TARV son fundamentales para mejorar elpronóstico funcional y vital en el entorno hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campistol JM,Arias M, Ariceta G, Blasco M, ErraL,EspinosaM, et al. Síndrome Hemolítico Urémico.Nefrologíaal día [Internet]. 2023 [citado 29abr 2026]. Disponibleen:ElSUH es una complicación crítica en pacientes con VIH/SIDA que puede presentarse como debut de la enfermedad. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha ante la tríada de anemia, lesión renal y síntomas neurológicos. El frotis de sangre periférica sigue siendo una herramienta de bajo costo y alta especificidad. El abordaje multidisciplinario precoz y la instauración temprana de la TARV son fundamentales para mejorar elpronóstico funcional y vital en el entorno hospitalario.articulo-sindrome-hemolitico-uremico-628.
2. Brocklebank V,WoodKM, Kavanagh D. Thrombotic Microangiopathy and the Kidney. ClinJ AmSoc Nephrol. 2018;13(2):300-17.
3. Malakouti S,IsotaloP.ThromboticMicroangiopathy in HIV-Infected Patients: A Review of Pathogenesis and Management. J Infect Dis Ther. 2021;9(4):472-8.
4. George JN,Nester CM. Syndromes of thrombotic microangiopathy. N EngJ Med.2014;371(7):654-66
5. Scully M, Hunt BJ, BenjaminS,Liesner R,RoseP,Peyvandi F,et al. Guidelines onthe diagnosis and management ofthrombotic thrombocytopenic purpura and other thrombotic microangiopathies. Br J Haematol.2012;158(3):323-35.