

Reunión Clínica 11 de Marzo 2017

10:15 – 11:00 hrs

“Debilidad muscular y múltiples fracturas en un hombre con HIV”

Presenta: Dra. Catalina Tobar B

Endocrinología Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar

Discusión: Dra. Rosa Sequera R

Becada Medicina Interna Universidad de Valparaíso

Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

Grupo: Provincia No GESUR

Caso Clínico 2

Hombre de 46 años con historia de infección por VIH diagnosticada en 2012 en estadio C3 por infección por citomegalovirus y sarcoma de kaposi visceral tratado con quimioterapia ese mismo año con buena respuesta a terapia antiretroviral (Truvada®: emtricitabina + tenofovir y Stocrin®:efavirenz).

Destacó historia de debilidad muscular progresiva desde 2013, acentuado dolor osteo-muscular y sarcopenia llegando a la postración atribuido inicialmente a neuropatía por citomegalovirus. Cursa con fractura de tibia izquierda en 2015 tras caída a nivel, operada, evolucionando con consolidación anómala y pseudoartrosis. El laboratorio de ingreso mostró una creatininemia de 0,7 mg/dL, uremia 15 mg/dL, Calcemia 8,1 mg/dL (Albumina 3,2 g/dL), fosfemia 1 mg/dL, 25 hidroxivitamina D 8,1 ng/mL, Fosfatasas Alcalinas 754 U/L con GGTP normal, PTHi 14,3 pg/mL.

Se inició estudio como osteomalacia evidenciando 25 hidroxivitamina D 8,1 ng/mL, calciuria de 187,5 mg/24 hr y una tasa de reabsorción tubular máxima de fósforo de 0,6 mg/dL con un fósforo sérico de 1,8 mg/dL, comprobándose una pérdida renal de fósforo y catalogándose como un Síndrome de Fanconi inducido por tenofovir. Se solicitaron radiografías de columna lumbar y dorsal sin evidencia de fracturas morfológicas, pero con múltiples fracturas vertebrales bilaterales y una densitometría ósea que mostró una densidad mineral notoriamente disminuida para la edad con Zscore -7,4 en L2-L4 (0,342 g/cm²), Zscore -5,1 CFI (0,345 g/cm²) y -4,1 CFD (0,476 g/cm²). Con posterioridad, de forma ambulatoria, se descartó un hipogonadismo asociado.

Tras eliminar el tenofovir de sus medicamentos e iniciar aporte de calcio en dieta, carbonato 500 mg c/ 12 horas, calcitriol 0,25 mcg x día, vitamina D (100.000 UI mensual x 3 veces) notó inmediata disminución del dolor, mejoría en la fuerza muscular. Además se objetivó incremento progresivo de la reabsorción tubular máxima de fósforo, normalización del fósforo y calcio en sangre y elevación en Fosfatasas Alcalinas como marcador de formación ósea. A los dos meses de la evaluación inicial, durante el programa de rehabilitación física, sostuvo una fractura humeral izquierda producto de un traumatismo mínimo que ha consolidado bien, con notoria mejoría también de su fractura tibial izquierda antigua.

A partir de este caso clínico se discutirá el tema “osteomalacia en infección por VIH”.

Lecturas sugeridas;

1) George Mathew, MD et Al. Acquired Fanconi's Syndrome Associated with Tenofovir Therapy. J Gen Intern Med. 2006 Nov; 21(11): C3–C5.

2) Parsonage, M., Wilkins, E., Snowden, N., Issa, B. and Savage, M. (2005), The development of hypophosphataemic osteomalacia with myopathy in two patients with HIV infection receiving tenofovir therapy. HIV Medicine, 6: 341–346

3) Perrot, Serge, MD, PhD. Bone pain due to fractures revealing osteomalacia related to tenofovir-induced proximal renal tubular dysfunction in human immunodeficiency virus-infected patient. JCR 2009;15(2):72-74.