

A collection of medical supplies including a stethoscope, a syringe, a pair of scissors, and several white pills scattered on a bright blue background.

CASO CLINICO

AIDS presenters and advanced not-naïve: caratterizzazione clinica e opzioni terapeutiche

Laura Terracciano
U.O. Malattie Infettive, Ospedale San Paolo –
Milano
Scuola di Specializzazione in Malattie
Infettive
Università degli Studi di Milano

08 Settembre
2025

Generalità del
paziente



2

Anamnesi



1° accesso in PS

3



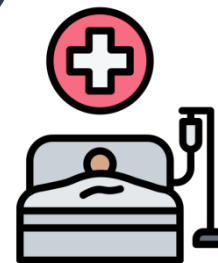
4

2° accesso in PS



5

Ricovero in
reparto



6

Follow-up
ambulatorio
HIV



INTRODUZIONE DEL CASO

GENERALITÀ DEL PAZIENTE

S. B. J.



- Maschio, 34 anni
- Originario delle Filippine, in Italia da due anni
- Vive al domicilio con sua zia (riferita in salute) e lavora come babysitter

APR: asma.

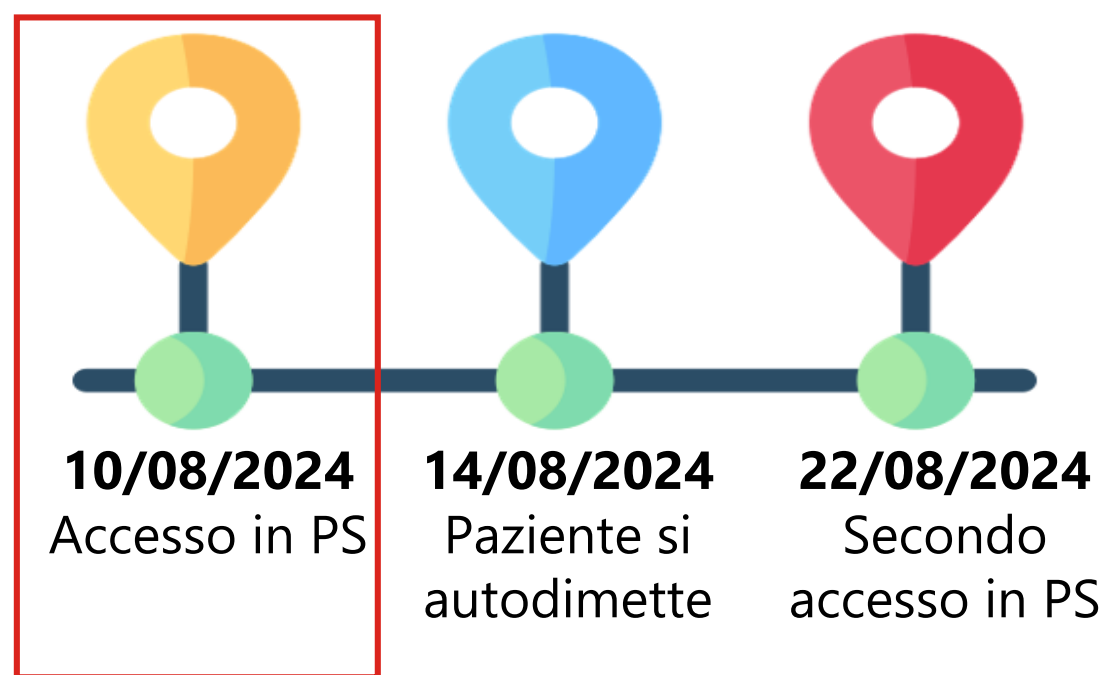
Ricovero nelle Filippine per verosimile batteriemia non meglio precisata. Riferita assunzione di 1-2 birre al giorno.

Non assume farmaci, non note farmacoallergie.

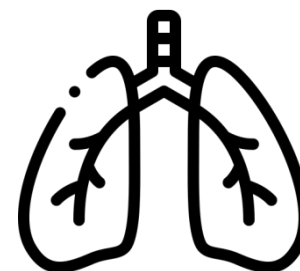


1° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

- Accesso in PS per **dolore dorsale** a livello della basse del torace posteriormente e bilateralmente. Nell'ultima settimana **episodi febbrili** e **alvo con feci semiformate**.
- Nega tosse o emoftoe/emottisi, riferite sudorazioni notturne.
- Al domicilio ha assunto in autonomia FANS e terapia antibiotica a dosaggio non precisato (amoxicillina/clavulanato, cefixima, ciprofloxacina) senza beneficio



- All'ingresso il paziente è sveglio, lucido, collaborante. Eupnoico a riposo in AA e **febbrile** (TC 38.2°C). Al torace **crepitii diffusi**, restante obiettività nella norma.



1° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

ESAMI GENERALI



ECG:
nella norma



EGA in AA:
pH 7.43,
pCO₂ 36, pO₂
82.4,
BE -0.1,
glu 89,
lat 0.8



EE:
Hb 13.6 g/dL,
leucociti nella norma
con **linfopenia**
(880/uL) e lieve
eosinofilia (eosinofili
700), funzionalità
epatorenale nella
norma, non franche
disionie, **PCR 19.6**
mg/L, coagulazione
nella norma



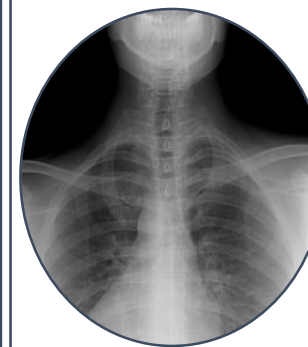
**Tampone
nasofaringeo
antigenico
SARS-CoV-2:**
negativo



**Antigeni urinari
per Legionella/
Pneumococco:**
negativi



**Sierologie
atipici**
negativi

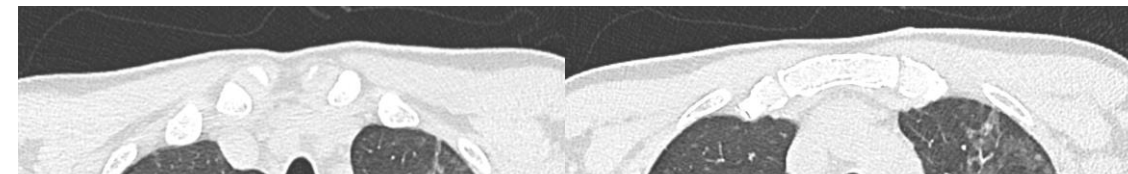


RX torace:
Sfumato esteso
**addensamento
polmonare al
campo medio-
superiore di
sinistra e
dubbio in sede
basale destra**, di
verosimile
significato
flogistico

1° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

ESAMI DI SECONDO LIVELLO

- **TC torace:** estesi **addensamenti flogistici** a "ground-glass", nel cui contesto si riconoscono alcuni spazi cistici a contenuto aereo e a pareti ispessite, da riferire a **pneumatoceci** o ad alterazioni escavative. Al LID concomitano più compatti circoscritti addensamenti flogistici peribronchiali al segmento posteriore
- **Broncoscopia con BAL:** **positivo per CMV e PJP**
- **Emocolture** (due set): un set positivo per **Criptococcus neoformans** (sensibile a amfotericina B)



Batteriologia

Materiale: Sangue Intero

EMOCOLTURA PER AEROBI

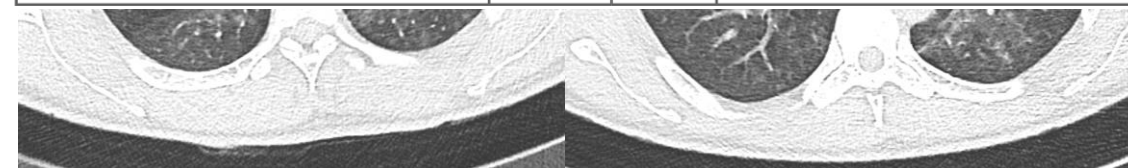
POSITIVO

Ceppo 1

Cryptococcus neoformans

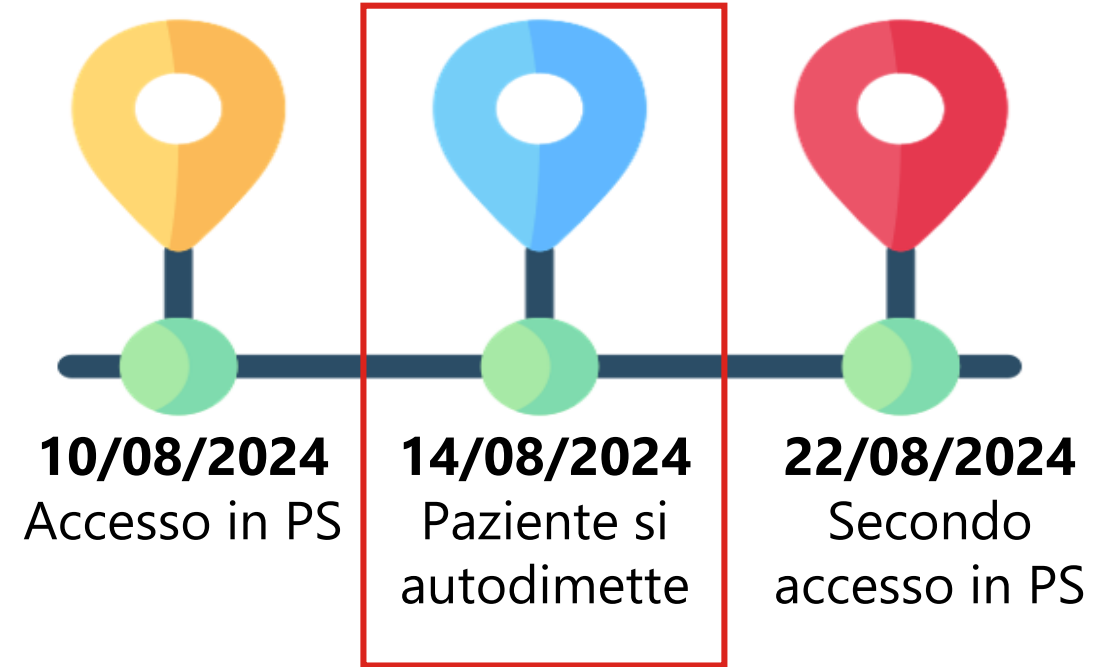
Ceppo 1 Cryptococcus neoformans

MIC Breakpoint			
Antibiotici	MIC		Note
Flucitosina	-	2	Breakpoints EUCAST non disponibili
Posaconazolo	-	0.5	Breakpoints EUCAST non disponibili
Voriconazolo	-	0.12	Breakpoints EUCAST non disponibili
Itraconazolo	-	0.25	Breakpoints EUCAST non disponibili
Fluconazolo	-	8	Breakpoints EUCAST non disponibili
Anfotericina B	S	0.25	



1° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

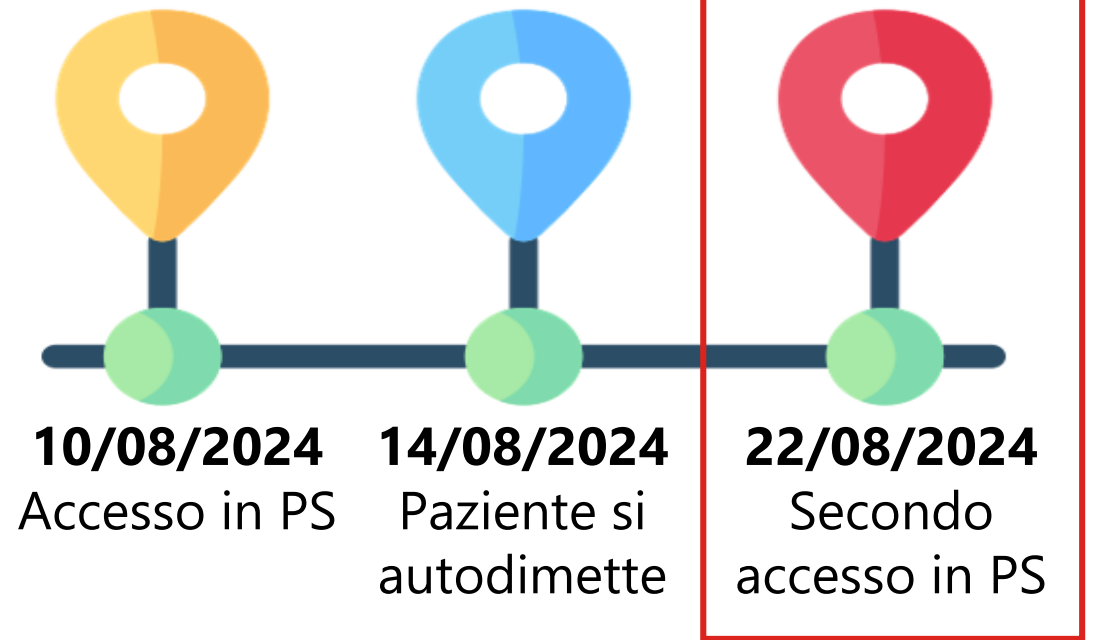
- Viene proposto test HIV che il paziente rifiuta categoricamente
- Viene impostata terapia antibiotica con ceftriaxone e azitromicina



In data 14/08 il paziente si autodimette, con indicazione a ripresentarsi presso DH malattie infettive il giorno successivo

2° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

- 22/08/24 → 2° accesso in PS per **DISPNEA**
- Riferisce rapporti non protetti solo anni fa con il compagno del tempo (circa 15 anni fa), successivamente nega comportamenti a rischio, nega utilizzo di sostanze
- Riporta odinofagia e mancanza di appetito con calo ponderale nell'ultimo mese di circa 5 kg; diarrea da circa 3 settimane e prurito soprattutto mattutino che si risolve con assunzione di antistaminico



- All'ingresso il paziente è sveglio, lucido, collaborante. Tachipnoico con SpO2 92% e **febbrile** (TC 38°C). Al torace MV ridotto alle basi con **crepitii diffusi**, restante obiettività nella norma. Presenza di **candidosi** orale

2° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

ESAMI GENERALI



HIV

S--HIV 1-2 Antigene/Anticorpi
(Metodo: ECLIA)

S--HIV-1/2 Antigene/Anticorpi II test
(Metodo: CLIA)

Anticorpi anti-HIV 1-2 test di conferma
(Metodo: Immunoblotting)

RISULTATO

- Antigene gp120
- Antigene gp41
- Antigene p51
- Antigene p31
- Antigene p24
- Antigene p17
- Antigene gp105
- Antigene gp36

POSITIVO

POSITIVO

POSITIVO HIV 1

- POSITIVO
- POSITIVO
- POSITIVO
- POSITIVO
- POSITIVO
- NEGATIVO
- NEGATIVO
- NEGATIVO



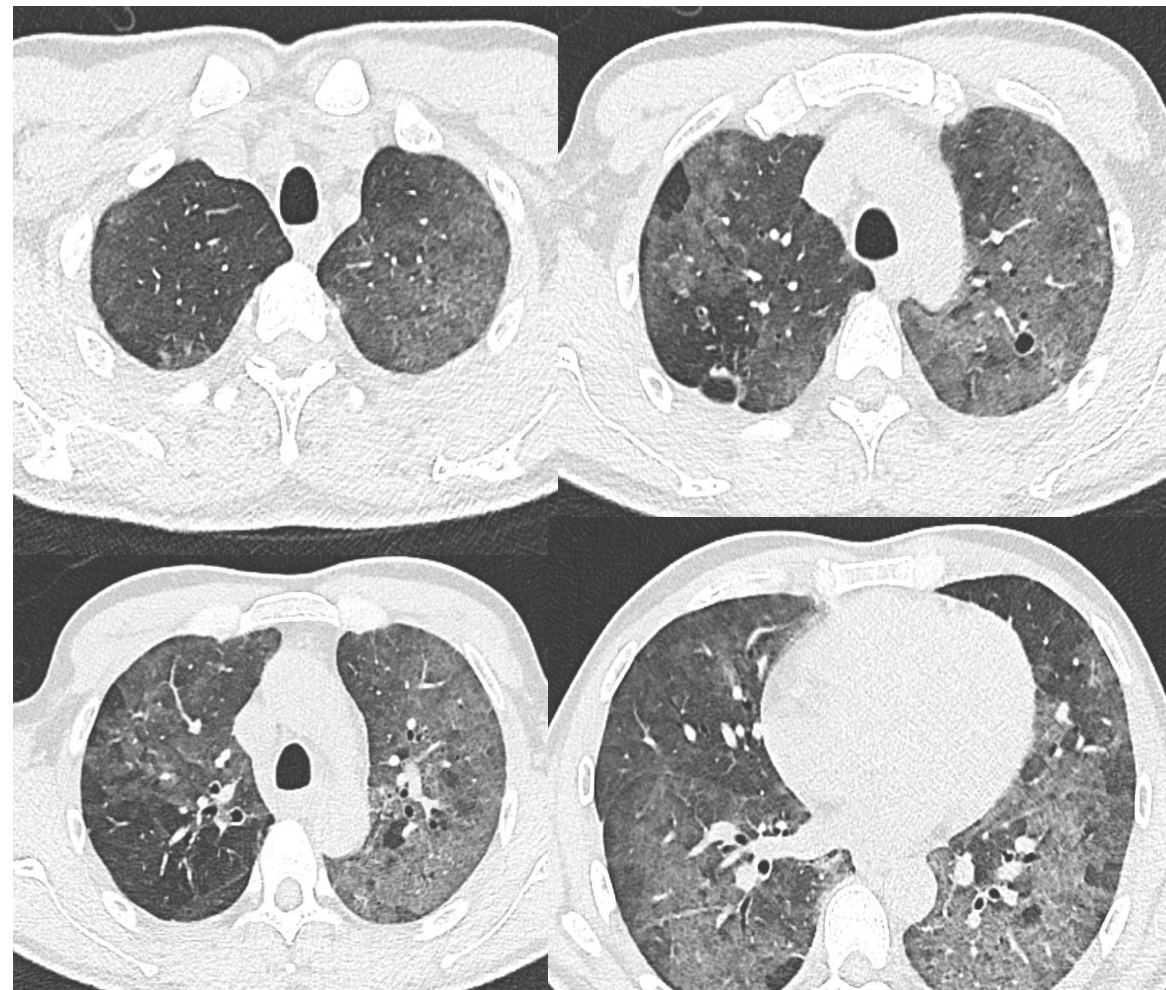
Test HIV:
Positivo

EGA in AA:
pH 7.43, pO2 65 mmHg
pCO2 35 mmHg, HCO3
24, lac 1

2° ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

ESAMI DI SECONDO LIVELLO

- **TC torace:** quadro polmonare appare in **peggioramento** per maggior estensione e maggior addensamento delle note aree "ground glass" diffuse sostanzialmente a tutti i lobi polmonari, in particolare ai lobi inferiori e al LSS, con attuale evidenza di franche aree di crazy-paving" in tali lobi.
Note alterazioni escavate verosimili pneumatoceli, alcune incrementate in dimensioni (al LSS immagine 132 serie 3, attualmente di 5 mm vs 3 mm del precedente) ed alcune di nuova comparsa
- **TC encefalo:** Nei limiti



RICOVERO IN REPARTO

Malattia disseminata da CMV

- BAL positivo per CMV
- CMV DNA su sangue: 84.861 cp/mL



Il 22/08 Introdotto
ganciclovir

Polmonite da P. jiroveci

- BAL positivo per PJP



Il 22/08 introdotti
TMP/STX ev e
metilprednisolone

Meningo-encefalite criptococcica

- EC 2 set positive per C. neoformans



Il 22/08 introdotta **terapia di induzione** con **amfotericina B liposomiale** e **fluconazolo**

RICOVERO IN REPARTO

RACHICENTESI 23/08

Chimico-fisico su liquor

- Pleiocitosi con 6 cellule/uL
- Protidorrachia 62 mg/dL
- Glicorrachia 70 mg/dl
- Glicemia 111 mg/dL

Accertamenti microbiologici su liquor

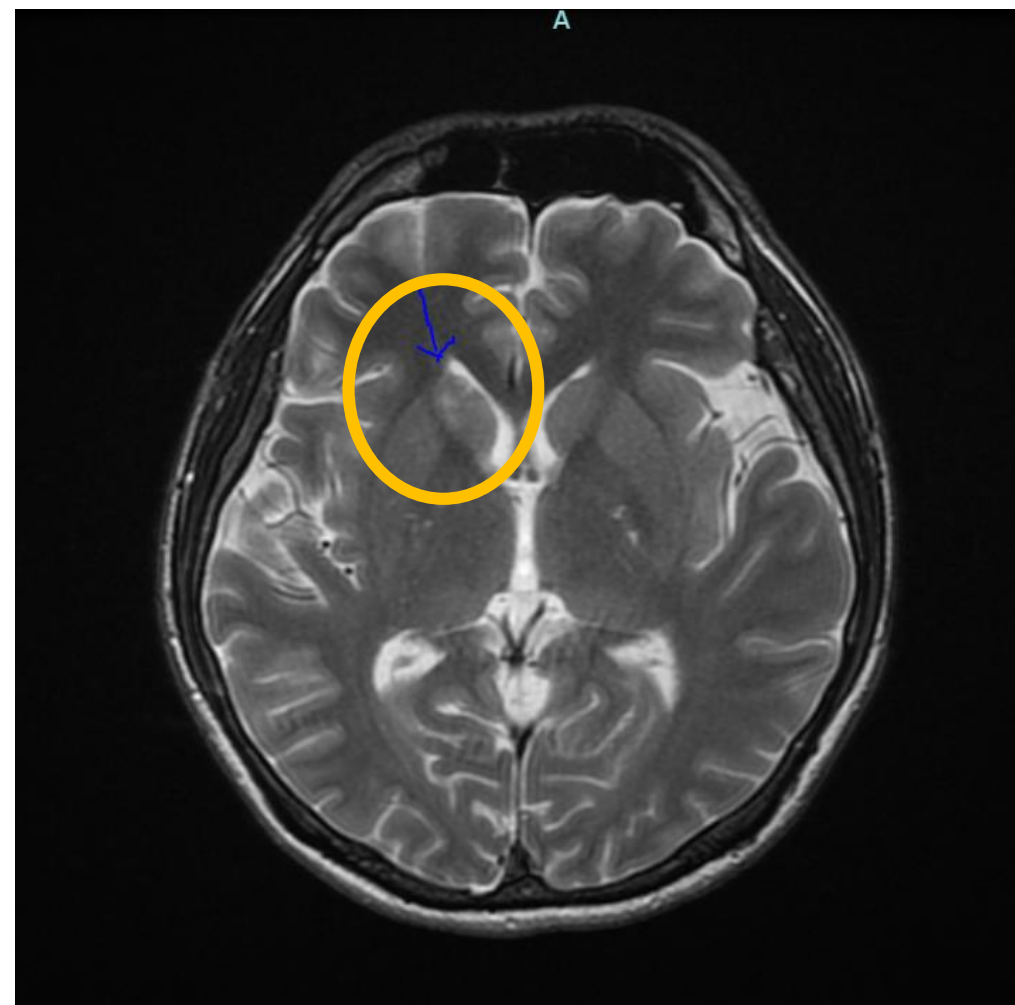
- HIV-RNA: 297.000 copie/ml
- PCR per virus (CMV, EBV, VZV, HSV1, HSV2, HHV6, HHV6 e JCV) negative;
- **Antigene criptococcico: positivo su liquor e su siero** (titolo 1:64)
Successivamente positiva anche coltura per *Cryptococcus neoformans*.

Pressione di apertura 42 cm H2O

RICOVERO IN REPARTO

RM ENCEFALO CON E SENZA MDC (05/09)

- A destra, a livello della testa del caudato e della porzione anteriore del putame, in regione striatale, si riconoscono sfumate iperintensità T2 a margini irregolari, come per spazi perivascolari dilatati, reperto che potrebbe essere compatibile con **localizzazione cerebrale della patologia in anamnesi (C. Neoformans)**. Alcuni ulteriori spazi perivascolari dilatati in sede nucleo-capsulare bilaterale.
- Dopo somministrazione di mdc è dubbia una minima impregnazione contrastografica leptomeningea in corrispondenza della cisterna interpeduncolare.



RICOVERO IN REPARTO

RACHICENTESI DI CONTROLLO

Seconda rachicentesi in data 27/08

Comparsa di cefalea e vertigini con riduzione della sintomatologia nei giorni successive

Esame chimico fisico:

- pleiocitosi con 62 cellule/uL (prevalentemente polimorfonucleati),
- protidorrachia 79 mg/dL,
- glicorrachia 70 mg/dL

Esame colturale ed antigene **positivo per C. neoformans**

Terza rachicentesi il 12/09

Dopo 22 giorni di terapia efficace

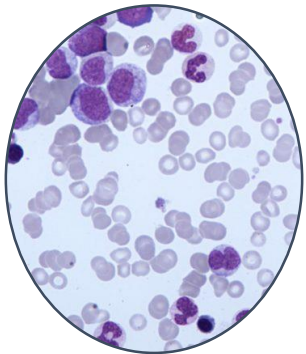
Esame chimico fisico:

- pleiocitosi <5 cellule/uL,
- protidorrachia 22 mg/dL,
- glicorrachia 65 mg/dL

Esame colturale → negativo

RICOVERO IN REPARTO

INQUADRAMENTO HIV



Parametri viro-immunologici:

→ HIV-RNA: 84.600 copie/mL (quasi 1/4 della carica virale su liquor: 297.000 copie/ml)

→ CD4: **12/uL** (1%), ratio CD4/CD8: 0.03



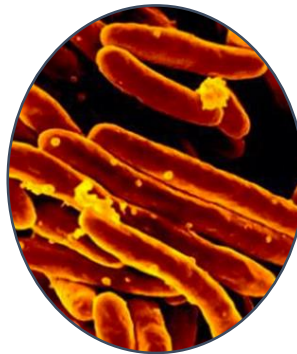
Test di resistenza farmacologica:

non evidenza di mutazioni



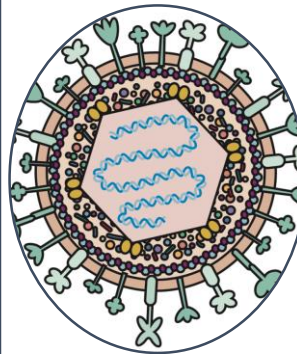
Sierologia per sifilide, HBV, HCV:

negativa;
pregressa vaccinazione HBV



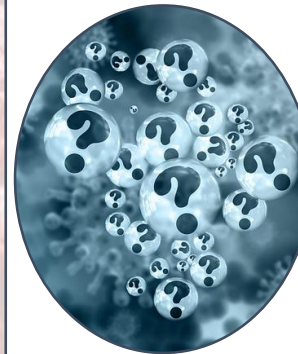
BK su liquor/espettorato/feci e quantiferon:

negativi



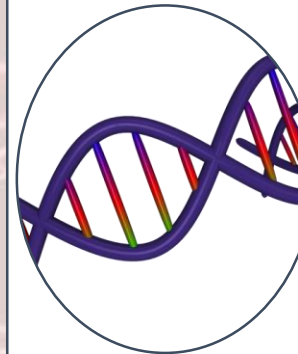
HHV-8:

<98 cp/mL ->
non rilevabile (16/09)



CMV-DNA su sangue:

84.861 cp/mL (23/08) ->
4.166 cp/mL (02/09) ->
728 cp/mL (09/09) ->
<254 cp/mL (16/09)



EBV-DNA su sangue:

non rilevabile



DIMISSIONE IL 20/09

Negativizzazione
delle emocolture

28/08

Negativizzazione del
colturale su liquor

12/09

Dopo tre settimane
di terapia specifica, si
riduceva la posologia
del cotrimossazolo a
dosaggio profilattico
trisettimanale

13/09

Si proseguiva la
terapia antimicotica
di consolidamento
con fluconazolo

16/09

Data la riduzione
della viremia, si
avviava la terapia di
mantenimento per il
CMV con
valganciclovir

18/09

A quattro settimane
dall'avvio di terapia
specifico per la
criptococcosi ed in
considerazione del
quadro di
dissociazione emato-
liquorale, si
introduceva terapia
antiretrovirale con
bictegravir/ tenofovir
alafenamide/
emtricitabina

19/09

FOLLOW UP AMBULATORIO HIV

Retention in care:

I pazienti stranieri sono più frequentemente persi al FU rispetto ai soggetti italiani. Questa maggiore vulnerabilità è dovuta a:

- Barriere linguistiche;
- Barriere socio-culturali;
- Barriere educative;
- Conoscenze limitate sull'infezione da HIV e sulla sua prevenzione.

I pazienti stranieri accedono più tardivamente alle cure, con conseguente maggiore frequenza di late presenter.

Prinapori et al., 2018

➤ 15 Ottobre:

- HIV-RNA: **84** copie/ml
- CD4: **5/uL** (1%)
- Ratio CD4/CD8 < 0.01
- Paziente in buona salute, lamenta lesioni crostose sul corpo e prurito. Nel sospetto di una reazione allergia a Bactrim si sospende lo stesso e si imposta terapia con atovaquone

➤ 16 Dicembre:

Il paziente non si presenta.

Contattato telefonicamente più volte senza esito; in passato aveva espresso il desiderio di rientrare nelle Filippine, possibile causa della perdita al follow-up.

RINGRAZIAMENTI



**Clinic of Infectious Disease,
ASST Santi Paolo e Carlo,
Department of Health Sciences
University of Milan**
Dott. Lorenzo Biasioli
Dott. Roberto Castoldi
Dott.ssa Ottavia Viganò
Prof.ssa Giulia Marchetti

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo