



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/130 - DISNEA Y PALPITACIONES

C. Aguilera Montaña^a, N. Moya Quesada^b y Á. Bonilla Álvarez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bajo Vega de Acá. Almería.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una mujer de 28 años bien vacunada, con antecedentes personales de episodio de candidiasis oral, alergia medicamentosa al cotrimoxazol, sin medicación habitual, ni consumo de tóxicos, que acude a su centro de salud, por sensación disneica, astenia, febrícula y palpitations de una semana de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente, orientada bien hidratada y perfundida. T^a 37,5 °C, FC 140 lpm sat 92%, normotensa. Hemodinámicamente estable, tolera el decúbito. No adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. ACR taquicardia tonos rítmicos sin soplos, disminución generalizada crepitantes bibasales, no sibilancias ni roncus. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación no megalias. Eritrosis palmar. MII no edemas no signos de TVP. ROTS, fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica: bioquímica. Glucosa 84 mg/dl, urea 18 mg/dl, creatinina 0,51 mg/dl, sodio 135 mEq/L, potasio 4,25 mEq/L, PCR 3,12, VSG 103. Hemograma: Hb 12,5, hto 35%. Serie blanca: leucocitos 6.460, linfocitos 20%, neutrófilos 69%, coagulación sin hallazgos significativos. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm, eje normal sin alteraciones de la repolarización, ni signos de isquemia. Rx tórax: infiltrado alveolointerstitial bibasal difuso hasta ápex, no derrame pleural. Serología VIH positivo. Serología CMV, sífilis, VHB, VHC negativa. Ante la mala evolución de la paciente y el resultado de las pruebas se deriva para ingreso y continuar el estudio, donde se realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar. TAC torácico no defectos de repleción en arterias pulmonares, infiltrados difusos en vidrio deslustrado en ambos pulmones de predominio en lóbulo inferior izquierdo sugerentes de proceso inflamatorio/infeccioso. No masas mediastínicas no adenopatías. Carga viral linfocitos T CD4 40. Cultivo de esputo, BAAR, hemocultivos y virus VRS influenza A y B negativos.

Juicio clínico: Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en paciente con infección por VIH categoría C3.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica, neumonía viral/gripal, TBC, TEP, linfoma.

Comentario final: La infección por VIH consiste en una primoinfección asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo de latencia clínica de varios años de evolución en el que el virus sigue replicándose. Se recomienda profilaxis a los pacientes con menos de 200 linfocitos CD4 efectuar profilaxis frente a *P. jirovecii* y *T. gondii*, si tienen serología positiva. El cotrimoxazol (160 mg de trimetoprim y 800 mg de sulfametoxazol 3 días por semana).

En pacientes alérgicos a las sulfamidas se puede utilizar pentamidina inhalada (300 mg/mes) aunque no se previene al toxoplasma. Se recomienda la administración de la vacuna antigripal anual y antineumocócica cada 5 años a todos los pacientes infectados por el VIH, y la vacunación frente a VHA y VHB en los pacientes seronegativos.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JS, et al. Antiretroviral treatment of adults HIV infection: 2010 recommendation of the international AIDS Society-USA panel. JAMA. 2010;304:321-33.
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.