



## 160/178 - NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN PACIENTE VIH. CORRELACIÓN CLÍNICA-RADIOLÓGICA

H. González Sánchez<sup>a</sup>, M.I. Barreiro Solla<sup>b</sup>, V.M. Paulo Gregorio<sup>a</sup> y J. Adell Vázquez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva. <sup>c</sup>Médico de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: tos y discreta disnea. AP: HTA, VIH positivo desde hace 10 años, virus C positivo, hepatopatía crónica, gastropatía leve de HT portal. Fumador 1 paquete diario. Tratamiento actual: antirretrovirales, enalapril/HCT, Atrovent, ranitidina. Anamnesis: paciente de 54 años de edad que acude a consulta a de AP por presentar tos de más de una semana de evolución y disnea a los medianos esfuerzos. Afebril, no otra sintomatología. Por la comorbilidad que presentaba fue derivado a hospital donde se realizó ingreso para tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: REG, signos de desnutrición, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. AC: tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. TA 130/76. AR: roncus abundantes dispersos en ambos hemitórax, sobre todo en el derecho. SatO<sub>2</sub> 90 FIO<sub>2</sub> 0,21. Abdomen: normal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Hb 11,9, Hto 35,2, leucocitos 8.600, segmentados 84,5, plaquetas 130.000. Coagulación normal. BQ: glu 107, creat 2,21, BT 2,02, GPT 55, GOT 96, lipasa 11, Na 138, K 4,8. Orina: Ag Legionella negativo, Ag neumococo positivo. ECG normal. Rx tórax: infiltrado inflamatorio extenso en lóbulo medio y tercio inferior de hemitórax derecho.

**Juicio clínico:** Neumonía neumocócica CURB 65: 1.

**Diagnóstico diferencial:** Hay que realizarlo con infecciones respiratorias altas, neumotórax, insuficiencia cardiaca y otras patologías que produzcan disnea y tos en nuestro paciente además habría que pensar por tener VIH en TBC pulmonar, y neumonías por otros gérmenes atípicos (micoplasma, clamydias, coxiella, virus respiratorios): inicio subagudo o insidioso, tos seca, mialgias, cefalea, artromialgias, condensación no lobar en la radiografía y disociación clínico-radiológica (predominio de las manifestaciones radiológicas sobre los hallazgos auscultatorios).

**Comentario final:** Nos llamó la atención al realizarle Rx en nuestro CS la extensión del proceso inflamatorio que no se correspondía con la gravedad de los síntomas a pesar de la comorbilidad que presentaba, por lo que fue derivado a hospital, donde se decidió su ingreso para tratamiento con levofloxacino, evolucionando favorablemente, recibiendo el alta a los 5 días.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Martínez CJ. Neumonía adquirida en la comunidad. Fundamentos del tratamiento. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2003;1:1-10.
2. Toward Optimized Practice (TOP). Guideline for the diagnosis and management of Community Acquired Pneumonia: Adult. Clinical Practice Guidelines for Alberta [Internet]. Alberta Medical Association; 2008. [acceso 18/2/2011]. Disponible en: <http://www.albertadoctors.org>.
3. Normativa para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Cirugía Torácica y Neumología (SEPAR); 2005. acceso 18/2/2011].
4. Marrie TJ. Pneumococcal pneumonia in adults: Apr 2015. updated: Sep 22, 2014.