



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1927 - LESIONES PULMONARES CAVITADAS EN UNA PACIENTE INFECTADA POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

C.J. Sevillano Esquivel^a, M. Chacón González^b, M.S. Pineda Pérez^c, M.C. Ruíz Camacho^d, A. Moreno Moreno^e, M. López Rico^f y M. Muñoz Sanz^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdepasillas. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 que es portadora del virus de la hepatitis C, fumadora, consumidora esporádica de heroína por vía parenteral y cocaína; acude por dolor punzante en hemitórax derecho de un mes de evolución que aumenta con golpes de tos, se acompaña de disfagia para sólidos y líquido, una pérdida de peso de 7 kg y tos con escasa expectoración blanquecina.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación oxígeno 95%. Buen estado general. Exploración orofaríngea: se ven lesiones blanquecinas y aterciopeladas en lengua compatibles con candidiasis oral. Auscultación cardiopulmonar: rítmica con hipofonesis generalizada, resto de la exploración normal. Analítica: leucocitos 6.100 (neutrófilos 5.100, linfocitos 700), VSG 52 mm, LDH 688 U/I, GOT 43 U/I, triglicéridos 451 mg/dl, PCR 17 mg/l, Acs VIH 1-2 positivo, VHC positivo. Radiografía tórax: numerosas imágenes quísticas-bulosas a nivel perihiliar izquierdo y derecho, LSD, LM y LSI, evidenciándose niveles en algunas de ellas. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización, resto normal. Se cita a la paciente días después para seguimiento y recoger los resultados, ya no presenta disfagia tras el tratamiento de la candidiasis con nistatina oral, refiere disnea progresiva que llega a ser de mínimos esfuerzos, saturación oxígeno 91%. Debido a la desaturación, la nueva clínica y la imagen radiológica se deriva a urgencias donde se cursa ingreso en neumología para completar estudio: Analítica: carga vírica VIH 960.000 cp/ml; C3, C4, ANA, ENA, anti-DNA, alfa I antitripsina normales o negativos, quantiferon TB negativo, subpoblaciones linfocitarias CD4 10/2%, CD8 340/72%. Cultivo bacteriológico de esputo: flora habitual. Ziehl de esputo negativo. Broncofibroscopia normal. Detección de *Pneumocystis jirovecii* en lavado broncoalveolar (LBA) positiva. Estudio micobacterias en LBA negativo. Test del sudor normal. TC tórax: múltiples imágenes quísticas de pared gruesa en ambos pulmones predominantemente perihiliares, las mayores de 7 cm, áreas de parénquima con patrón en vidrio deslustrado.

Juicio clínico: Infección por VIH con inmunodepresión avanzada, candidiasis orofaríngea, neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, los previos.

Diagnóstico diferencial: Bullas enfisematosas, enfermedad bronquiectásica con bronquiectasias quísticas, fibrosis quística, déficit de AAT, neumonías por *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis jirovecii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*.

Comentario final: La frecuencia de lesiones pulmonares cavitadas es baja en relación al número de pacientes con infección por el VIH, pero muchas de éstas están en relación directa con la infección por el VIH y la mayoría están causadas por infecciones tratables. Es importante conocer las características clínicas y radiológicas con el fin de establecer un diagnóstico temprano y una terapéutica adecuada. La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP) es la infección oportunista más común en los países desarrollados entre pacientes con mal control inmunológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arizcorreta Yarza A, Guerrero Sánchez F, Martín Aspas A, López Alonso B. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico del paciente con infección por el VIH con sintomatología respiratoria. *Medicine*. 2014;11:2928-32.