



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2009 - SÍNDROME FEBRIL EN PACIENTE VIH+ EN ESTADIO TERMINAL

S. Herreros Juárez^a, E. Ruíz García^b, J. Ballesta Lozano^b, M.M. Antonio González^c, P.R. Lucas Aroca^d, M. Solana Palazón^e, M. Serna Martínez^b, S. Sánchez Aroca^d, E.M. Fernández Quijada^f y M. Vigil Velis^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^cMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. ^gMédico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años que acude a urgencias por deterioro del estado general progresivo de un mes de evolución. El día de su atención en urgencias presentó fiebre de 39 °C en su domicilio así como disnea y malestar general intenso acompañado de un episodio de desconexión del medio. AP: No AMC. No DLP. No HTA. No DM. Infección VIH grupo A3 (2006), hepatopatía crónica VHC, Ex-ADVP, síndrome intestino irritable, vómitos crónicos de origen multifactorial. Tratamiento crónico: danuravir/24h, raltegravir/12h, clonazepam/12h, omeprazol/24h, Serenoa repens/12h, acetato de megestrol/12h, metadona 9 ml/12h.

Exploración y pruebas complementarias: Obnubilado. Hipohidratado e hipocoloreado. Mal estado general, impresiona de gravedad. Extrema delgadez. Afebril. TA: 124/92 mmHg, FR 24 rpm, FC 125 lpm. SatO2 100% con reservorio. Exploración cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extratonos. Crepitantes en ambas bases pulmonares, sin roncus ni sibilancias.-Exploración abdominal: blando y depresible sin masas ni megalias. PPRB negativa. No doloroso a la palpación. No peritonismo. Exploración EEII: pulsos pedios bilaterales presentes. Edemas bimaleolares. -ECG: ritmo sinusal 122 lpm, ÂQRS +237°. Analítica: glucosa 111 mg/dL, urea 29 mg/dL, cr 0.42 mg/dL, LDH 469 U/L, GOT 33 U/l, CK 11 U/l, troponina T 0,017 ng/ml, CK MBasa 0,56 U/l, Na+ 127 mEq/L, K+ 4,3 mEq/L. Leucocitos 10.700/L (neutrófilos 97,2%), Hb 10,8 g/dL, Hto 32,8%, plaquetas 203.000. APT 68%, INR 1,39, dímero D 13.211 ng/dL. Gasometría arterial: pH 7,449, pO2 61 mmHg, pCO2 41,3 mmHg. Rx tórax: infiltrado intersticial difuso bilateral con predominio en hemitórax derecho.

Juicio clínico: Neumonía por Pneumocystis jiroveci en paciente VIH + en estadio terminal.

Diagnóstico diferencial: La fiebre en pacientes VIH puede deberse, entre otros: al propio VIH, durante el periodo de seroconversión o en infección VIH avanzada no tratada. Sin embargo, debemos descartar previamente otras causas para poder atribuir la fiebre al VIH. Infecciones oportunistas o no oportunistas: tuberculosis: síntomas respiratorios o constitucionales generales. Rx

tórax: infiltrados en lóbulos superiores, cavitación. Pneumocystis jiroveci: se caracteriza por neumonía intersticial bilateral, hipoxemia y LDH elevada. Es la forma más frecuente de debut del paciente con infección VIH y CD4 bajos. Las cifras elevadas de LDH apoyan el diagnóstico y tienen cierto valor pronóstico. Mycobacterium avium complex: produce un cuadro de síndrome constitucional, adenopatías, diarrea y dolor abdominal. En la exploración destaca hepatoesplenomegalia. Rx tórax: infiltrados pulmonares. Anemia grave.

Comentario final: Tras valorar los posibles diagnósticos diferenciales, el de más peso es neumonía por Pneumocystis jiroveci, ya que el paciente se encuentra en un estadio muy avanzado de la enfermedad y con clínica respiratoria a la llegada a urgencias. Las pruebas complementarias apoyan, a su vez el diagnóstico: LDH elevado, pO2 bajo, Rx tórax con infiltrado intersticial bilateral. Dada la alta sospecha diagnóstica se inició tratamiento antibiótico intravenoso con levofloxacino 500 mg y sulfametoxazol + trimetoprim y se cursó ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre, 2012.
2. Gómez Gómez J, Gobernado M. Enfoque clínico de los grandes síndromes infecciosos. 5ª ed. Madrid: Novartis, 2013.