



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3388 - AUMENTO INCIDENCIA VIH EN PACIENTE MAYOR

E. Gálvez Cañamaque

Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 67 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril y DM2 tratada con ADO con buenos controles. No fumador ni consumidor de alcohol. Consulta por astenia desde hace varias semanas, pérdida de apetito y ligera pérdida de peso, junto con mayor tristeza de la habitual, que achaca a la muerte reciente de su esposa (6 meses antes). El cuadro se acompaña, en ocasiones, de febrícula vespertina (siempre $< 37,4$ °C). No asocia otros síntomas a otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias: EF: no hallazgos significativos. TA: 124/78 mmHg, Analítica básica: Hb 14,2 g/dl, leucocitos $6.520/\text{mm}^3$ (fórmula normal), glucemia 108 mg/dl, HbA1c: 6,2%, FG > 60 , Resto normal. Urocultivo negativo. PSA, CEA y AFP negativos. Radiografía tórax sin hallazgos específicos, ECG: normal. Mantoux negativo. Como refiere síntomas distímicos se inicia tratamiento con escitalopram. Ante la falta de mejoría al mes de inicio de tratamiento se solicita otra analítica completa con serologías de hepatitis, VIH y lúes, (previo consentimiento del paciente), resultando positivo para VIH. Se confirma el resultado y el paciente es derivado a Infecciosas, donde inician TAR con clara mejoría clínica.

Juicio clínico: Debut de VIH en paciente mayor.

Diagnóstico diferencial: Cuadro depresivo-reactivo al fallecimiento de su esposa y la adaptación a su nueva situación. Proceso neoplásico subyacente. Enfermedad infecciosa silente: tuberculosis...

Comentario final: En España el porcentaje de casos de SIDA cuya edad al diagnóstico era ≥ 50 años aumentó desde el 3,2% en 1986 al 28,1% en 2013. Sin embargo el diagnóstico de VIH en personas mayores suele hacerse tardíamente, por múltiples factores: No solemos indagar en personas mayores sus conductas de riesgo sexuales. Las manifestaciones clínicas de la infección por HIV (astenia, anorexia, pérdida de peso, trastornos de la memoria...) suelen atribuirse a otras enfermedades prevalentes en adultos mayores. No se suelen pedir pruebas de VIH-SIDA en personas mayores. Asimismo, los pacientes suelen sentirse avergonzados para pedir dicho estudio. En nuestra práctica habitual deberíamos tener presente realizar el despistaje de esta patología también en el paciente mayor.

Bibliografía

1. infosida.es

2. GESIDA. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2015;33:543.

Palabras clave: *VIH. Paciente mayor.*