



242/4164 - DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA A SIDA

A. Jiménez Hernández^a y C. López Zaldivar^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Finca España. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico de familia. Centro de Salud Orotava Dehesas. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 23 años, consulta por febrícula de un mes de evolución, de predominio vespertino que asocia a pérdida de peso de 5 Kg, sudoración nocturna, disnea a moderados esfuerzos, tos seca, opresión en tórax con la inspiración profunda y palpitations ocasionales. Sin síntomas digestivos ni genitourinarios. Niega consumo de tóxicos o conducta sexual de riesgo. AP destaca condilomas acuminados tratados por Dermatología. No AF de interés. Se solicitan analítica, ECG y Rx tórax urgentes.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente orientado, piel sudorosa, TA: 113/90, SatO₂ 96%. Muguet en encías y orofaringe. ACP: RsCsRs sin soplos ni roce pericárdico. MVC sin Rs sobreañadidos. Dolor a la inspiración profunda. Abd, MMII y NRL dln sin signos meníngeos. Analítica: Hb 11,1 g/dl, leucocitos 6.700 con linfopenia 22%, ferritina 546 ng/ml, VSG 100mm/h, PCR 42,3 mg/L, función hepática, renal, tiroidea dln. Orina: negativa. ECG: taquicardia sinusal 134 lpm. Rx tórax: infiltrado difuso bilateral en vidrio deslustrado en lóbulos inferiores y superiores. Se remite a urgencias para tratamiento y filiación hospitalaria.

Juicio clínico: Neumonía atípica.

Diagnóstico diferencial: Patología pulmonar infecciosa (vírica, bacteriana, micótica) vs autoinmune (autoinmune/hipersensibilidad), Neoplasia hematológica (linfomas). En estudio hospitalario se realizan serologías positivas para VIH y sífilis. Se descarta autoinmunidad y agentes infecciosos como Legionella y Streptococcus pneumoniae así como micobacterias y TBC en secreción bronquial. En lavado bronco-alveolar destaca serología positiva para Pneumocystis jiroveci con resto de serologías cultivos y PCR negativas para otros agentes.

Comentario final: Se trata de un caso de neumonía por Pneumocystis jiroveci en un paciente VIH desconocido que negaba conducta sexual de riesgo. El VIH es un retrovirus que produce deterioro inmunológico progresivo. La expresión clínica final es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con el que nuestro paciente debutó. La infección oportunista más frecuente en estos pacientes es la neumonía por Pj apareciendo en el 80% de los individuos. El tratamiento se realiza con trimetoprim/sulfametoxazol 21 días, más profilaxis secundaria.

Bibliografía

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Hospital 12 de Octubre. MSD.
2. Martín Zurro A. Atención primaria. Problemas de Salud en la consulta de Medicina de Familia, 7ª ed. Elsevier.
3. Harrison Manual de Medicina, 16ª ed. McGraw-Hill.

Palabras clave: Neumonía atípica. Pneumocystis jiroveci. VIH. SIDA.