



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2248 - CUADRO PSEUDOGRI PAL DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN

E. García Cortacero^a, J. Vizán Caravaca^b, G. López Martos^c y S. López García^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés que acudió derivado por su médico de familia por presentar cuadro clínico subagudo de unas dos semanas de evolución consistente en, fiebre de hasta 40 °C, artromialgias, postración, astenia, cefalea holocraneal intensa y dolor retroocular. No presentó tos ni expectoración, así como ausencia de síndrome miccional. El paciente además relató haber tenido hace unas 4-5 semanas lesión ulcerada en glándula que se autolimitó así como exantema a las 2-3 semanas aproximadamente, así como, haber tenido relaciones sexuales sin métodos de barrera con hombres.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destacaba cierta apatía y cansancio. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, no doloroso. No visualicé lesiones en genitales. Respecto a las pruebas complementarias iniciales básicas destacaba en analítica de sangre discreta elevación de PCR con leve linfopenia, así como radiografía de tórax normal. Ante la sospecha clara de posible primoinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se realizó serología ELISA de cuarta generación (antígeno p24) que acorta el periodo ventana, siendo esta prueba positiva para VIH. Posteriormente la técnica confirmatoria con Western Blot fue negativo pero carga viral elevada ($> 6 \times 10^6$ copias). Serología de sífilis negativo.

Orientación diagnóstica: Infección aguda por virus de la inmunodeficiencia humana.

Diagnóstico diferencial: Infección gripal. Mononucleosis infecciosa. Infección aguda por VIH.

Comentario final: El paciente tras la confirmación del diagnóstico de VIH, se derivó a las consultas monográficas de VIH, donde fue atendido a la semana, pautándose (triple terapia) con darunavir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir alafenamida, con mejoría del cuadro inicial. La infección aguda por VIH-1 se asocia a síntomas inespecíficos y banales en la mayoría de los casos, aunque algunos pacientes pueden tener un cuadro similar al de la mononucleosis infecciosa. El inicio del TAR en la infección aguda tiene grandes ventajas como acortar la duración y gravedad de los síntomas, suprimir rápidamente la realización viral, reducir la diversidad viral y el repertorio (ADN proviral), normalizar la cifra de linfocitos CD4 y reducir el riesgo de transmisión de VIH.

Bibliografía

1. Henn A, Flateau C, Gallien S. Primary HIV infection: clinical presentation, testing, and treatment. *Curr Infect Dis Rep.* 2017;19:37.

Palabras clave: Primoinfección por VIH.