Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2215

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4236 - VUELTA AL PASADO

V. Aranda Jiménez[a], M. Moreno González[b], E. Marian Brigidano[b], A. Barriga García[c], M. Inurritegui Cattaneo[d] y A. Rubio Bernardo[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años con AP de ex ADVP, fumadora activa e infección VIH conocida desde hace más de 20 años con seguimiento irregular. Última visita hace 2 años con CD4 de 142, carga viral VIH-1: 49.400.00 copias/ml. Refiere que no toma el tratamiento antirretroviral por molestias digestivas y consume sólo productos de herbolario para controlar el VIH. La paciente acude por disnea de reposo desde hace dos días y tos con expectoración blanquecina. Se acompaña de fiebre de hasta 38,5 ºC de un día de evolución. Había presentado un cuadro similar hace 3 semanas que había cedido con azitromicina.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA: 119/58 mmHg. FC: 119 lpm. SatO2: 80% basal. Tª: 37 ºC. En la EF destaca cianosis labial y periférica, muguet oral y a la AP ligera hipofonesis generalizada con crepitantes bilaterales. Analítica: PCR 98,90 mg/L, leucocitos 15.000/µl, neutrófilos 13.540/µl, linfocitos 710/µg l(1,2-4,0), hemoglobina 11,90 g/dL (12,0-16,0), dímero D 1,69 µg/ml (0,1-0,5). Gasometría arterial basal: pH: 7,5, pCO2: 23, pO2: 37,9. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral.

Juicio clínico: Neumonía por Pneumocistis jiroveci. Insuficiencia respiratoria parcial grave. Infección VIH C3. Nadir de CD4: 11 céls/mm^3. CV: 316.000.

Diagnóstico diferencial: Dada la disnea de la paciente podríamos pensar en un TEP o en un neumotórax. Ante la neumonía intersticial deberíamos descartar virus, hongos, P. jiroveci y bacterias atípicas (Haemophilus influenzae, Mycoplasma,...). Deberíamos pensar además en otros agentes como son Legionella pneumophila y Streptococcus pneumoniae.

Comentario final: La neumonía por Pneumocystis carinii había sido considerada durante mucho tiempo la infección oportunista de mayor frecuencia y mortalidad en pacientes con VIH, pero gracias al tratamiento antirretroviral se ha conseguido disminuir su incidencia. A pesar de ello, en la actualidad se estima que un 60% de los pacientes VIH positivos siguen infectándose por este agente en el transcurso de su enfermedad.

Bibliografía

1. Martínez-Miravete P, Bergaz G, Bastarrika G, Aquerreta J.D. Neumonía por Pneumocystis carinii Servicio de Radiología. Medicina Universidad de Navarra 2002;46(4):43-4.
2. Jaime Drewes A, Andrés Labra W, Javier Tenorio P. Neumonía por pneumocystis: reporte de un caso de evolución fulminante y actualización de su etiología. Revista Chilena de Radiología. 2004;10(4):172-5.

Palabras clave: VIH. Medicina alternativa.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.