



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1181 - Doctora, me he pinchado...

A. Tamarit Latre^a, A.B. González Navalón^b, A. Núñez Villalba^c, A. García Porras^d, E. Tórtola^e, A. Viña Almunia^f, A. Seoane^f, M.T. Bernuz Aliaga^f, J. Precioso Costa^g y J.L. Llisterra Caro^g

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^eMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y apnea del sueño en tratamiento con sitagliptina (1-0-0), torasemida (1-0-0) ramipril (forma ocasional) y CPAP nocturna. Exfumador desde hace 11 años, (IPA: 60 p/a). Hábito enólico ocasional. Acude a urgencias tras haber sufrido un pinchazo accidental mientras trabaja como tatuador, con una aguja de un cliente portador de VIH y VHC, hace 48h aproximadamente, según refiere. Además presenta malestar general, aumento de tos sin expectoración y aumento de disnea, con fiebre en domicilio de 38,2 °C. Ha estado tomando paracetamol sin mejoría. El paciente se encuentra preocupado y atribuye estos síntomas al VIH.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 155/90 mmHg, FC: 88 lpm, T^a: 36,3 °C, SatO₂: 96%. Buen estado general, AP: MVC sin ruidos sobreañadidos, AC: rítmica sin soplos. No edemas periféricos. Dado que es un paciente que ha sufrido un pinchazo accidental con alto riesgo de transmisión de VIH y VHC solicitamos serologías víricas para descartar infección activa, analítica general y radiografía de Tórax para valorar presencia de neumonía por la clínica de infección respiratoria. Aprovechamos para solicitar un ECG porque se trata de un paciente hipertenso con mala cumplimentación del tratamiento y además vamos a iniciar tratamiento inmunosupresor. Analítica de sangre: troponina i: 0.031 ng/ml; glucosa: 286 mg/dl; Alt (gpt): 25 ui/l; amilasa: 47 ui/l; PCR: 22.6 mg/l; filtrado glomerular estimado (CKD-EPI): 106 ml/min, hemoglobina: 14,7 g/dl; leucocitos: $12,7 \times 10^9/l$; neutrófilos: 88,7%. Marcadores VIH, VHB, VHC: negativos. RPR: negativo. Radiografía de tórax: sin alteraciones significativas. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje 0°, sin alteraciones de la conducción AV ni IV. Signos de crecimiento de ventrículo izquierdo. Ondas T negativas en V3-V6, I, II, AVL. Ante los hallazgos del ECG se contacta con cardiología de guardia, que realiza ecocardiograma donde se observa aurícula izquierda dilatada, ventrículo izquierdo dilatado con movimiento anómalo del septo en relación con asincronía intraventricular e hipocinesia generalizada de todos sus segmentos, más evidente en segmentos medios, apicales del septo y cara anterior, determinando una depresión moderada de FSVI (FEVI estimada 35-40%). Insuficiencia tricuspídea ligera. Conclusión: miocardiopatía dilatada con alteraciones de la contractilidad segmentaria con depresión moderada-severa de la FSVI.

Juicio clínico: Exposición accidental a VIH y VHC. HTA. Diabetes tipo 2. Miocardiopatía dilatada con depresión moderada-severa de FSVI. Infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Neumonía adquirida en la comunidad. Primoinfección VIH. Cardiopatía hipertensiva. Isquemia miocárdica.

Comentario final: Tras descartar infección activa por VIH se decide iniciar tratamiento profiláctico con Truvada (1-0-0) durante 28 días y Kaletra (2-0-2) durante 28 días. Se remite a servicio de medicina preventiva para seguimiento. Existe baja probabilidad de que se trate de una primoinfección por tiempo de evolución por lo que ante clínica de infección respiratoria con ligera leucocitosis y dado que se iba a iniciar tratamiento inmunosupresor se pauta Amoxicilina-clavulánico 875/125 1 comprimido \times 8h \times 10 días y paracetamol 1 g \times 8h 4-5 días. Respecto a los hallazgos cardiológicos se insiste en la importancia de la cumplimentación del tratamiento antihipertensivo y se recomienda realizar control ambulatorio de PA. Además se inicia tratamiento con AAS 100 mg/día, bisoprolol 2,5 mg/día, atorvastatina 40 mg/día, torasemida 5 mg/día, ramipril 2,5 mg/día. Se solicita RM cardiaca y se remite a consultas externas de Cardiología.

BIBLIOGRAFÍA

1.
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/guia_actuacion_profilaxis.pdf
2. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hipertension-arterial-cardiopatia-hipertensiva-e-13128726>