Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):94

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3128 - LA CLAVE ESTÁ EN LA ANAMNESIS

J.L. Cepeda Blanco[a], L. Alli Alonso[b], A. Asturias Saiz[c], N. Santos Méndez[d], M.P. Carlos González[e], M.J. Labrador Hernández[f], V.E. Choquehuanca Núñez[g], V. Acosta Ramón[e], A. Casal Calvo[c] y J. González López[h]

[a]Médico de Familia; [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. [d]Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [h]Médico Residente. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que consulta por 4ª vez por diarrea persistente. El cuadro comenzó como diarrea acuosa hace 4 semanas tras tratamiento con clindamicina. Inicialmente se sospecha disbacteriosis y se pautan probióticos, sin mejoría, por lo que vuelve a consultar. Se realizan analítica y coprocultivo (sin alteraciones) por lo que se mantienen las medidas de soporte. El paciente vuelve por 3ª vez, refiriendo además de la descomposición, picos febriles. Se realiza nueva analítica (PCR 2,3) y nuevo coprocultivo (negativo). Se pautan antitérmicos, metronidazol, medidas de soporte y se remite a digestivo para estudio de enfermedad inflamatoria. Antes de dicha cita, el paciente vuelve, le preocupan los picos febriles, hasta 38 ºC que no remiten con paracetamol. Ampliamos la anamnesis, al preguntar por conductas sexuales de riesgo, el paciente se pone nervioso, pero las niega. Poco después pregunta si alguna ETS puede dar esos síntomas, al darle la opción de realizar las pruebas en caso de que crea que puede haber contraído una, acepta.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril en todas las consultas. Auscultación normal. No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. Abdomen blando, no doloroso, timpánico, sin defensa. RHA ++. Tacto rectal: dolor en esfínter anal, resto normal. Analíticas: 1º: Valores normales. 2º: PCR 2,3. Leucocitos 6,9. Resto normal. Test ETS: VIH: positivo.

Juicio clínico: Primoinfección por VIH.

Diagnóstico diferencial: Fármacos, malabsorción, enfermedades inflamatorias, infecciones...

Comentario final: La herramienta principal con la que cuenta el médico de AP es la anamnesis, seguida de la exploración física. Ocasionalmente, ya sea por falta de tiempo, pudor, o hábito, dejamos de realizar preguntas que nos darían indicios clave a la hora de dirigir correctamente el enfoque sobre los síntomas que manifiesta nuestro paciente. Una primoinfección por VIH en nuestro medio no es algo habitual. Tampoco en todos los casos se observa diarrea y picos febriles en el cuadro sintomático. No obstante, tras múltiples consultas, descartar opciones y recabar más información es posible hallar una pista que nos conduzca a la base del problema.

Bibliografía

1. Braun DL. Frequency and spectrum of unexpected clinical manifestions of primary HIV-1 infection. Clinical Infectious Diseases: doi: 10.1093/cid/civ398. 2015.

Palabras clave: *VIH. Diarrea.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.