



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/918 - Solo es un virus

T. Pietrosanto^a, L.Y. Infantes Córdova^a, A.C. Aguado Castaño^b, G. Sánchez López^a y L. Segovia Calero^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente I. San Vicente del Raspeig.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés. Procedente de Marruecos, residente en España desde hace 10 años. Durante un año consulta su médico de atención primaria en 3 ocasiones por febrícula recurrente con picos febriles con $T > 38^{\circ}\text{C}$ con concomitante cefalea y tos seca, a veces diarrea. Entre los episodios febriles asintomático, buen estado general. Diagnosticado inicialmente de viriasis. Diarrea inespecífica. Pérdida de peso de 8 kg con anorexia, persiste cefalea. En su centro de salud se realiza analítica con bioquímica completa y hemograma que resultan normales, sin aumento de reactantes de fase aguda. Es remitido de su médico de cabecera a la consulta de unidad de enfermedades infecciosas para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: T^a : $38,5^{\circ}\text{C}$, SatO_2 : 98% FC: 120 lat/min TA: 110/70 mmHg. Consciente y orientado, buen estado general eupneico, auscultación cardiaca rítmica. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, Abdomen blando, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda. No adenopatías. PCR 4,08 mg/dL Ferritina 1.145 $\mu\text{g/L}$ Antígeno *Leishmania donovani* (orina) positivo, Ac. VIH 1+2 positivo, Carga viral VIH-1 905.693 Copias/mL Serología hepatitis: HbsAg positivo, HbcAc positivo, HbeAg positivo, Carga viral VHB $> 170.000.000 \text{ UI/mL}$, CD4/mm^3 163/ μL Ecografía abdominal: esplenomegalia, sin otros hallazgos reseñables.

Juicio clínico: Leishmaniasis y hepatitis B crónica en paciente con serología HIV positiva.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen infecciosa vs fiebre neoplásica.

Comentario final: El diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. En España se estima que un 30% de las personas con infección por VIH desconoce que están infectadas, no reciben TAR y son responsables del 50- 70% de las nuevas infecciones. Es necesaria la realización de la prueba en atención primaria, a personas con sospecha de primoinfección por VIH. En el caso de personas sin sospecha de infección se debe distinguir la oferta rutinaria, la dirigida y la obligatoria.

Bibliografía

1. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.
2. Guías clínicas VIH/SIDA. Fisterra.

Palabras clave: FOD. Síndrome constitucional. HIV.