Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):509

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/831 - CASO CLÍNICO: UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA MUY RESISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Muñoz Soler[a], B. Pérez-bryan Tello[a] y E. Guzmán Quesada[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón 54 años. Alérgico a penicilinas. Fumador 2 paquetes tabaco/día. Alcohol moderado. No HTA, no DM, no DL, esteatosis hepática enólica seguida por Digestivo. Acude a Atención Primaria por cuadro de 2 semanas de evolución consistente en tos sin expectoración, sensación disneica y estridor, además de pérdida de peso progresiva. Su médico solicitó analítica básica y fue anodina. Posteriormente, acude a urgencias tres veces. En la primera visita, se pautó aerosolterapia y tratamiento domiciliario con azitromicina y deflazacort. A la semana, vuelve por mayor sensación disneica y fiebre de 38 ºC. Saturación de O2 92% basal. Dado de alta con levofloxacino y pauta descendente de corticoides. Finalmente, vuelve a urgencias por empeoramiento, presentando ya disnea en reposo. Afebril desde inicio de levofloxacino. Se contacta con Otorrinolaringología para valoración de glotis por estridor: no patología obstructiva a dicho nivel. Ingresa en Neumología, se solicita TAC tórax y broncoscopia. Tras rehistoriar al paciente, se piensa en posible infección por Pneumocistis jirovecii y se solicita VIH, el cual sale positivo. Se comienza tratamiento antirretroviral y traslado a unidad de Enfermedades Infecciosas. A los pocos días, el paciente empeoró clínica y radiológicamente, por lo que se trasladó a UCI, donde falleció a la semana.

Exploración y pruebas complementarias: Tonos rítmicos sin soplos. Hipofonesis generalizada con crepitantes secos en base pulmonar derecha. Candidiasis orofaríngea. Analítica básica Centro de Salud: anodina. Analíticas en urgencias: anodinas salvo PCR 40 y gasometría con alcalosis. Dímero D negativo. Radiografía de tórax: dudosa afectación intersticial. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Esputo, frotis y hemocultivo negativos. TAC tórax: patrón de vidrio bilateral difuso con atelectasias laminares bilaterales. Lavado broncoalveolar: DNA P. jirovecii positivo y citomegalovirus positivo.

Juicio clínico: Neumonía por P. jirovecii, SIDA.

Diagnóstico diferencial: Tumor subglótico, pulmón, neumonía adquirida en la comunidad, Pneumocistis jirovecii, neumonitis alérgica, esofagitis por Candida albicans.

Comentario final: Este caso nos muestra la importancia que tiene en atención primaria el retraso diagnóstico del VIH. Es aconsejable la solicitud de una serología completa a los pacientes que presenten un cuadro constitucional sin importar sexo, raza, estado civil o posición social.

Bibliografía

1. Pubmed.
2. Medicina de Urgencias. Panamericana.

Palabras clave: Neumonía. VIH.

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