



# 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<sup>a</sup>, B. Pérez-bryan Tello<sup>a</sup> y E. Guzmán Quesada<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga. <sup>b</sup>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 disneaica 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 disneaica y fiebre de 38 °C. Saturación de O2 92% basal. Dado de alta con levofloxacin y pauta descendente de corticoides. Finalmente, vuelve a urgencias por empeoramiento, presentando ya disnea en reposo. Afebril desde inicio de levofloxacin. 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 rehistoirar 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.