



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

^aMédico de Familia. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga. ^bMédico 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 °C. 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 *Pneumocystis 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. Espudo, 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, *Pneumocystis 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.