



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3438 - DOCTOR, ESTOY AMARILLO Y FLOJO

J. García García<sup>a</sup>, M. Plasencia Martínez<sup>b</sup>, S. López Zacarez<sup>c</sup>, A. Pérez Díaz<sup>d</sup>, A. Fernández López<sup>e</sup> y E. Vertiz González<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 52 años VIH en 2013 no ha seguido TAR por voluntad propia. Situación basal: IAVD. Acude a consulta por síndrome constitucional y dolor abdominal de semanas. Sin diarrea, ni vómitos, no fiebre, se solicitan las pruebas pertinentes de forma ambulatoria y se ingresa a cargo de Medicina interna, durante su estancia hospitalaria, fallece por FOD y sepsis.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ictericia, AC: soplos sistólico eyectivo. AP: hipoventilación en base derecha. ABD: distendido doloroso a la palpación en HCI. Adenopatía inguinal derecha. Cutánea: lesiones maculosas rojo-vinosa en tercio distal de piernas. Analítica: destaca Hb: 9,8, GPT (ALT): 95,0, amilasa: 283,0, LDH: 1825, BT: 10, BD: 10. RxTx: opacidades en vidrio deslustrado en ambos lóbulos superiores. Silueta cardiaca normal. Derrame pleural bilateral. Eco abdominal: hígado en el límite alto de la normalidad. TAC toracoabdominal: opacidades en vidrio deslustrado en ambos lóbulos superiores que puede estar relacionado con infección por *Neumocystis carinii*. Derrame pleural bilateral. Moderada hepatomegalia. Biopsia lesión cutánea: cilindros cutáneos con proliferación vascular atípica compatible con sarcoma de Kaposi. Serología CV VIH: > 2 millones de copias CD4 554.

**Juicio clínico:** Sarcoma de Kaposi.

**Diagnóstico diferencial:** Acroangiokeratitis granuloma piógeno, otros tumores vasculares, histiocitomas fibrosos benignos, otros sarcomas.

**Comentario final:** Con este caso clínico se quiere recalcar la importancia de establecer programas en nuestra práctica clínica habitual, para el control de adherencia a tratamiento. Lo podríamos considerar como un reto, y así evitar complicaciones futuras innecesarias. A través de la anamnesis obtenemos datos importantes pero es en la EF donde obtenemos datos objetivos, para orientar el diagnóstico. Es por ello que, en este caso de paciente VIH no cumplidor de tratamiento en el que obtenemos signos/síntomas que orientan la gravedad del paciente (ictericia, síndrome constitucional...) debemos tomar una actitud activa y estudiar al paciente de forma completa. Por último también se pretende fomentar el debate sobre la promoción de la detección precoz del VIH en el contexto de atención primaria en España.

### Bibliografía

1. Szajerka T, Kaposi´s sarcoma revisited. AIDS Rev. 2007;9:230-6.
2. Eng W. Histological features of Kaposi sarcoma in a patient receiving highly active antiviral therapy. Am J Dermatopathol. 2004;26:127-32.

**Palabras clave:** VIH. Kaposi. Astenia.