



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4236 - VUELTA AL PASADO

V. Aranda Jiménez^a, M. Moreno González^b, E. Marian Brigidano^b, A. Barriga García^c, M. Inurritegui Cattaneo^d y A. Rubio Bernardo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años con AP de ex ADVP, fumadora activa e infección VIH conocida desde hace más de 20 años con seguimiento irregular. Última visita hace 2 años con CD4 de 142, carga viral VIH-1: 49.400.00 copias/ml. Refiere que no toma el tratamiento antirretroviral por molestias digestivas y consume sólo productos de herbolario para controlar el VIH. La paciente acude por disnea de reposo desde hace dos días y tos con expectoración blanquecina. Se acompaña de fiebre de hasta 38,5 °C de un día de evolución. Había presentado un cuadro similar hace 3 semanas que había cedido con azitromicina.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA: 119/58 mmHg. FC: 119 lpm. SatO₂: 80% basal. T^a: 37 °C. En la EF destaca cianosis labial y periférica, muguet oral y a la AP ligera hipofonesis generalizada con crepitantes bilaterales. Analítica: PCR 98,90 mg/L, leucocitos 15.000/?l, neutrófilos 13.540/?l, linfocitos 710/?g l(1,2-4,0), hemoglobina 11,90 g/dL (12,0-16,0), dímero D 1,69 ?g/ml (0,1-0,5). Gasometría arterial basal: pH: 7,5, pCO₂: 23, pO₂: 37,9. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral.

Juicio clínico: Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. Insuficiencia respiratoria parcial grave. Infección VIH C3. Nadir de CD4: 11 células/mm³. CV: 316.000.

Diagnóstico diferencial: Dada la disnea de la paciente podríamos pensar en un TEP o en un neumotórax. Ante la neumonía intersticial deberíamos descartar virus, hongos, *P. jiroveci* y bacterias atípicas (*Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma*,...). Deberíamos pensar además en otros agentes como son *Legionella pneumophila* y *Streptococcus pneumoniae*.

Comentario final: La neumonía por *Pneumocystis carinii* había sido considerada durante mucho tiempo la infección oportunista de mayor frecuencia y mortalidad en pacientes con VIH, pero gracias al tratamiento antirretroviral se ha conseguido disminuir su incidencia. A pesar de ello, en la actualidad se estima que un 60% de los pacientes VIH positivos siguen infectándose por este agente en el transcurso de su enfermedad.

Bibliografía

1. Martínez-Miravete P, Bergaz G, Bastarrika G, Aquerreta J.D. Neumonía por *Pneumocystis carinii* Servicio de Radiología. Medicina Universidad de Navarra 2002;46(4):43-4.

2. Jaime Drewes A, Andrés Labra W, Javier Tenorio P. Neumonía por pneumocystis: reporte de un caso de evolución fulminante y actualización de su etiología. *Revista Chilena de Radiología*. 2004;10(4):172-5.

Palabras clave: VIH. Medicina alternativa.