Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3091

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1254 - PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN PACIENTE CON VIH

M. Caballero Ramos[a], S. Manzano Robles[a], M. Palacios Gálvez[b] y S. Postigo Cruz[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peñarroya. Córdoba.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años con historia previa de VIH acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por cuadro de tos con expectoración mucosa blanquecina de un mes de evolución. Afebril, no refiere disnea ni otra sintomatología. En tratamiento con antirretrovirales (TDF/FTC y azatinavir/r) y seguimiento por la unidad de enfermedades infecciosas.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente, orientada, normocoloreada y normoperfundida, eupneica en reposo. Hemodinámicamente estable. Saturación de oxígeno basal del 97%. Temperatura corporal 35,8 ºC. Rítmica a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto anodino. En el centro de salud se realiza una Rx de tórax, donde se objetiva una cavitación en hemitórax derecho acompañado de una imagen condensante parenquimatosa próxima a la misma. Se traslada a la paciente al hospital de referencia, donde se verifica la existencia de dicha cavitación en estudios radiológicos previos y se solicita analítica, estando las cifras de leucocitos y neutrófilos dentro de los parámetros normales. PCR 24,5 mg/dl. Resto sin alteraciones. Se indica doble tratamiento domiciliario con cefditoreno 400 mg y levofloxacino 500 mg durante 10 días. A los 5 días de finalizar dicho tratamiento, acude a consulta donde se verifica buen control viro/inmunológico, y se añade tratamiento con clotrimoxazol 800 mg/160 mg los lunes, miércoles y viernes durante las próximas semanas.

Juicio clínico: Infección respiratoria de vías bajas en paciente VIH.

Diagnóstico diferencial: En un paciente VIH sin neutropenia febril ni inmunodepresión relevantes, las patologías pulmonares más probables son infecciones bacterianas, TBC pulmonar, micosis endémica y gripe. En este caso, dado el buen control inmunológico del VIH, sintomatología clínica y datos radiológicos, lo más probable es que se tratara de una neumonía bacteriana.

Comentario final: En pacientes VIH con infección pulmonar, se debe añadir clotrimoxazol al tratamiento empírico inicial, basado en un betalactámico de amplio espectro con actividad antipseudomonas, junto con una quinolona o aminoglucósido. Las modificaciones y la duración del tratamiento son variables en función de la sospecha de otros gérmenes, evolución clínica y/o radiológica, así como la confirmación etiológica del germen causal.

Bibliografía

1. Zalacaín R, Gómez A, Bárcena I. Infecciones pulmonares en enfermos inmunodeprimidos. En: Villasante C. Enfermedades Respiratorias. Madrid: Ediciones Aula Médica 2002;1:367-76.

Palabras clave: VIH. Infección respiratoria.

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