

## 347/1699 - DISNEA EN PACIENTE HIV ¿CUMPLE SU TRATAMIENTO?

I. Gutiérrez Sánchez<sup>a</sup>, A. Saiz Peña<sup>b</sup>, S. Álvarez Mesuro<sup>a</sup> y C. Vargas-Machuca Cabañero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años, fumador de 20 cigarros/día desde hace 20 años. Infección VIH desde 1998 en seguimiento en Unidad HIV hospitalaria con tratamiento antirretroviral. Quimioprofilaxis tuberculosa en 2008. Desde hace 10 días presentaba disnea progresiva, haciendo de pequeños esfuerzos. Tos seca escasa. No dolor torácico. No fiebre. No otros síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 100/50, 60 lpm, Sat 93%, AP: MVC sin ruidos sobreañadidos, trabajo respiratorio con mínimos esfuerzos. Resto de exploración normal. Aunque al principio no lo manifestaba, confesó abandono por decisión propia del tratamiento antirretroviral HIV hacía 5 años. ECG normal. Rx tórax: patrón intersticial difuso en vidrio deslustrado bilateral. Se derivó a urgencias hospitalarias. Analítica normal salvo LDH-456. GAB: pH-7,45, pCO<sub>2</sub> 2-27 mmHg, pO<sub>2</sub> 54 mmHg, HCO<sub>3</sub> 19 mmol/l. Lavado broncoalveolar por fibrobroncoscopia: Pneumocystis: Tinción+ PCR positivo. Candida albicans +. Bacterias: cultivo negativo/tinción fluorescencia (BAAR) negativo. Virus respiratorios: negativos. Inmunidad celular: linfocitos T-CD4+ 67 cels/?l (500-1.450), 4% (32-59), carga viral VIH 975.447 cp/ml.

**Orientación diagnóstica:** Insuficiencia respiratoria aguda en relación con neumonía intersticial bilateral. Infección por Pneumocystis jirovecii. Infección por VIH, sin tratamiento desde 2013.

**Diagnóstico diferencial:** Disnea de reciente aparición de pequeños esfuerzos. A valorar principalmente causas cardiovasculares y enfermedades respiratorias infecciosas, en paciente HIV con sospecha de inmunodepresión, tras abandono del tratamiento antirretroviral.

**Comentario final:** Se trató con trimetropin-sulfametoazol. Actualmente realiza seguimiento en Atención Primaria y Medicina Interna, tolerando bien el TAR, con aceptable respuesta inicial (tras 2 meses CV-186 y CD4-124). El médico de Atención Primaria juega un importante papel en el diagnóstico de sospecha de la infección VIH, en su seguimiento y evolución, prestando especial interés a la monitorización del cumplimiento del tratamiento. El médico de Atención Primaria debe realizar una aproximación diagnóstica inicial ante un cuadro de disnea aguda, basado en los síntomas acompañantes, antecedentes personales, factores de riesgo y comorbilidades del paciente.

### Bibliografía

1. Afione C, et al. Manifestaciones pulmonares en pacientes con sida. Rev Argent Radiol. 2008;72(1):93-105.
2. Estébanez-Muñoz M, et al. Arch Bronconeumol. 2012;48(4):126-32.

**Palabras clave:** Disnea. VIH. Adherencia.