

347/1954 - HALLAZGO INESPERADO EN LA DISNEA DE JUANA

M. Plans Tena^a, M. Fernández-Amigo Aguado^a, B. Ruiz Tur^b y E. Gómez Garrido^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años, fumadora, con depresión en tratamiento con paroxetina y orfidal. Camarera, soltera, IABVD, que vive con 3 perros. Acudió al centro de salud por disnea de 2 semanas de evolución que había progresado hasta hacerse de mínimos esfuerzos en las últimas 48h. Acompañada de tos con expectoración clara, epigastralgia e hiporexia con sensación de impactación esofágica y febrícula en alguna ocasión. Sin clínica sugerente de ICC. Refería además pérdida de peso no intencionada de 14 Kg en los últimos 2 meses, astenia y sudoración nocturna.

Exploración y pruebas complementarias: Tras objetivar en la exploración física un aumento del trabajo respiratorio, desaturación de 87% y dolor a la palpación de epigastrio se derivó a urgencias hospitalarias para estudio. En Urgencias del Hospital le realizaron pruebas complementarias objetivando en la Rx de tórax un patrón reticular, completando estudio con TC de tórax, en el que se descartó TEP y se describieron opacidades en vidrio deslustrado de predominio perihiliar y adenopatías hiliares bilaterales que no alcanzaban tamaño patológico. En la analítica se objetivó una Insuficiencia respiratoria parcial con alcalosis respiratoria, alteración de transaminasas y elevación de RFA (GOT 60, GPT 96, GGT 71, PCR 69), linfopenia de 490 y anemia normo-normo (Hb 10,5 g/dL), sin otras series alteradas. Ingresó en Medicina Interna para completar estudio, presentando durante su estancia mejoría clínica. Le realizaron pruebas complementarias más específicas, con los siguientes resultados: cultivo de esputo negativo, sin BAAR en tinción de Ziehl-Nielsen; gastroscopia normal; broncoscopia sin alteraciones, con muestra citológica normal y microbiología con hallazgo de PCR de *Pneumocystis jirovecii* positiva. Otras serologías en sangre: VIH 1/2 Ac: positivo, Western-Blot: positivo. Resto de serologías negativas (VHB, VHC, CMV, Coxiella burnetti, Parvovirus, Borrelia, Legionella, Rubeola, Rickettsia, Leishmania).

Orientación diagnóstica: Infección aguda por *Pneumocystis jirovecii* en paciente inmunodeprimida por VIH.

Diagnóstico diferencial: TBC, enfermedades pulmonares intersticiales, neoplasia hematológica y reacción adversa a tratamiento farmacológico.

Comentario final: Se realizó tratamiento con TMP/SMX durante 21 días, con posterior inicio de tratamiento antirretroviral. Solamente el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico. Muchos diagnósticos se realizan ante una infección oportunista.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Disnea. Patrón intersticial. Pneumocystis jiroveci. VIH.