

Caso clínico:

Diagnóstico tardío de infección por VIH que debuta con neumonía por pneumocystis Jirovecii en un paciente alérgico a sulfamidas

Alejandro Fontenla Portela
Julia Diéguez Paz
Nuria Vázquez Temprano

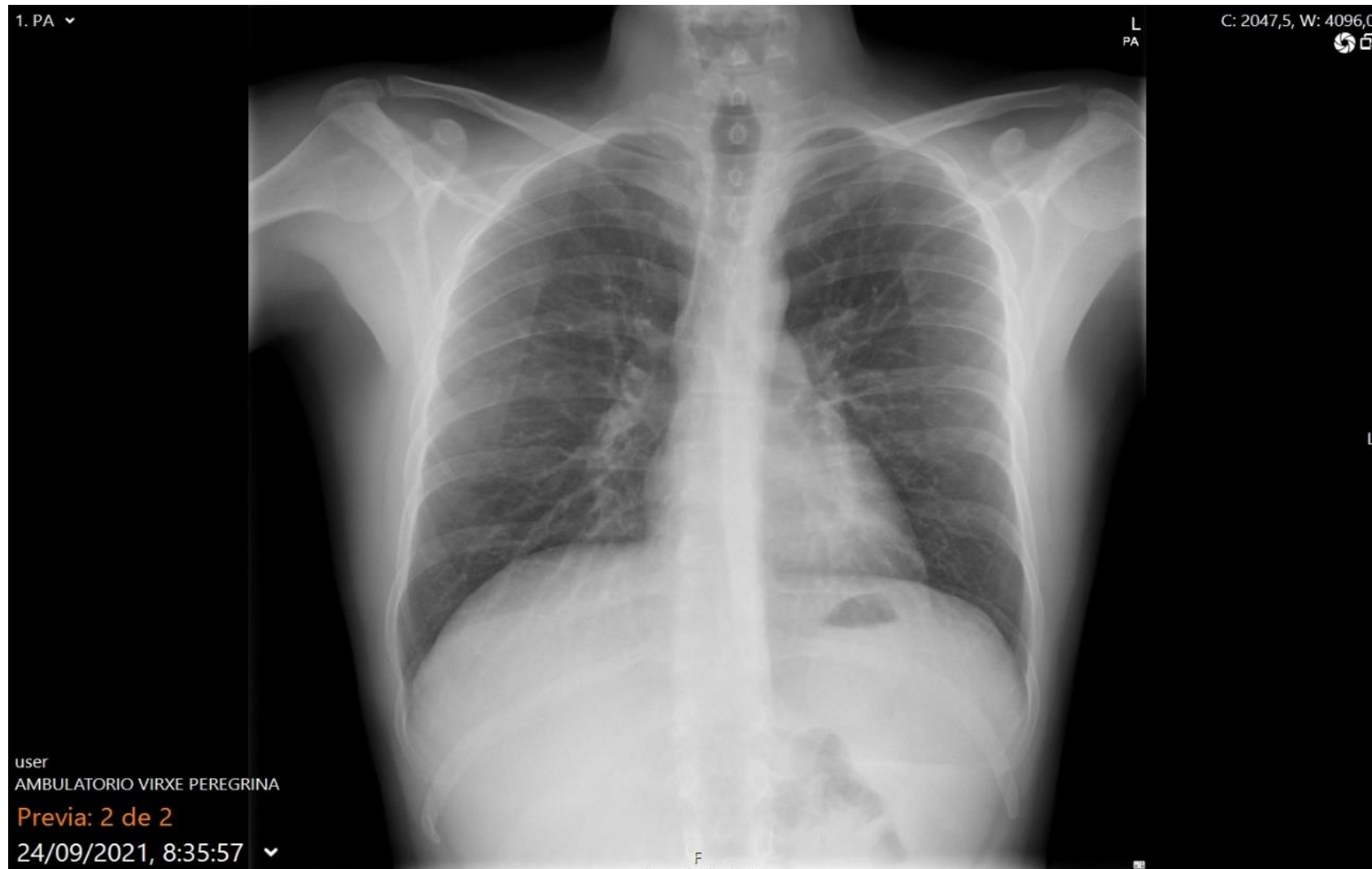
Introducción

- ▶ Varón de 32 años
- ▶ HSM , recepcionista de hotel
- ▶ Antecedentes de dudosa alergia sulfamidas
- ▶ Psoriasis en gotas
- ▶ Trombocitosis esencial

Acude a urgencias por fiebre, disnea y tos con expectoración blanquecina con síndrome constitucional de larga data con pérdida de peso.

Exploración física: TA 120/79 FC 137 38,5° SatO2 85% con hipofonesis generalizada.
PCR 13,8 y Procalcitonina 0,78 .

Pruebas complementarias



Hospitalización

Ingreso como: Sdr Febril de origen respiratorio y probable prostatitis

Tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y azitromicina.

En primeras 24 horas presenta distress respiratorio con SatO₂ 91-92% con VTMKS al 35%, FC 115 y TA 109/71

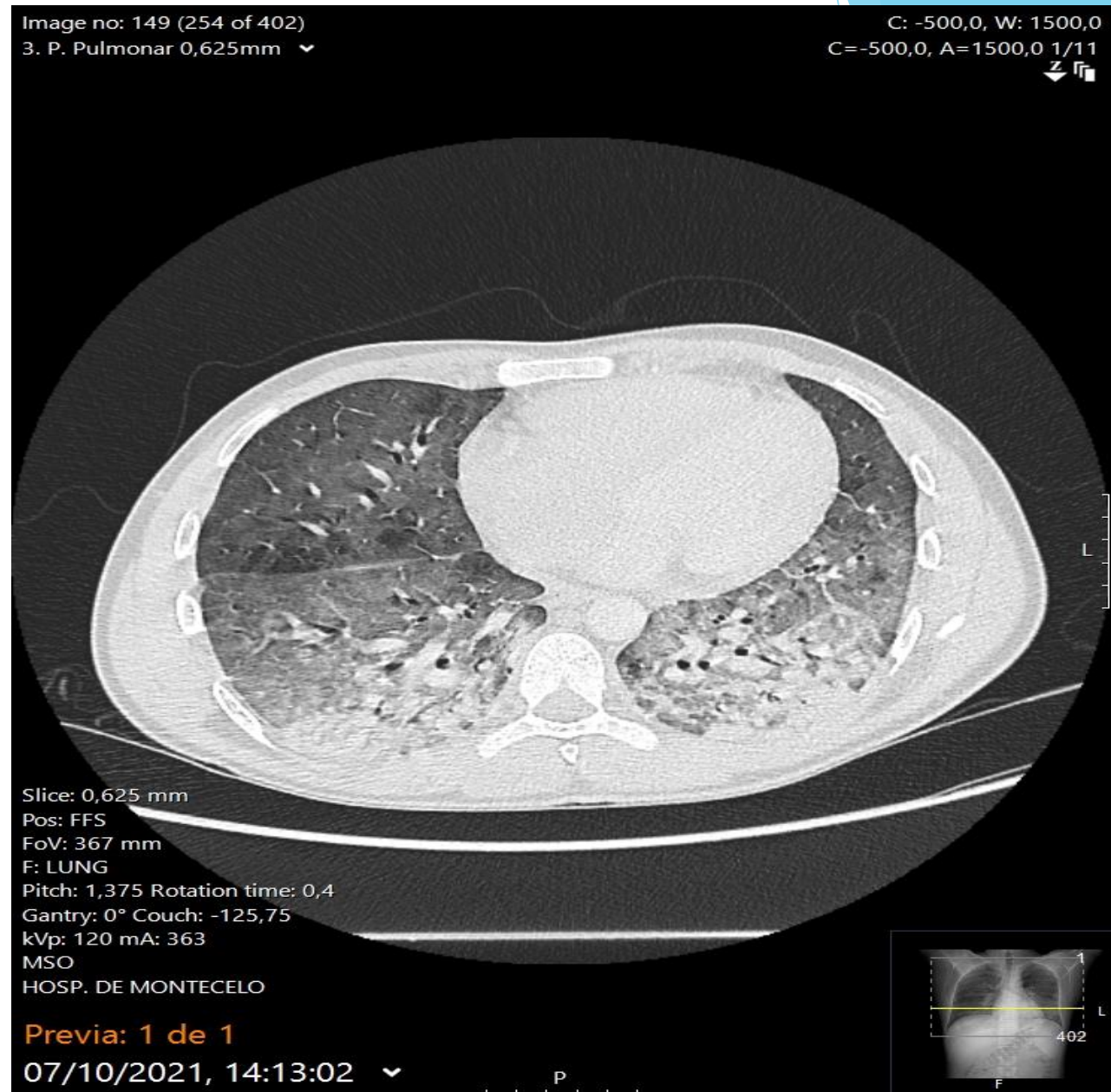
Se solicita AngioTAC

AngioTC

Se confirma infección por VIH en ELISA

Se inicia tratamiento con clindamicina 600mg/6h y metilprednisolona 40 mg cada 8 horas

CD4 +54 Ratio CD4/CD8 0,060 y CV de 875 mil copias



Evolución

- ▶ Mejoría clínica-radiológica tras inicio de tratamiento
- ▶ Se inicia tratamiento con TAF/FTC/BIC con desescalada en tratamiento.
- ▶ Empeoramiento con Sat<90% con empeoramiento radiológico
- ▶ Fibrobroncoscopia y cambio a ceftazidima, linezolid, fluconazol
- ▶ Se traslada a UCI

1. W033 Tórax p.a

R

L



C: 1923,0, W: 2368,0
S: 200
🔍 ▶

DEFAULT

20/10/2021, 10:48:59

Estancia en UCI

Se inicia pentamidina y se amplía ATB a meropenem, linezolid, amikacina y fluconazol.

Presenta nuevo empeoramiento que precisa IOT

Se solicita TC de tórax

Se inicia fórmula de desensibilización con cotrimoxazol (300 mg en 200 SF)

Al 4 día de inicio de cotrimoxazol comienza mejoría.



Discusión

- ▶ Diagnóstico tardío.
- ▶ *Pneumocystis jirovecii* y SRI
- ▶ Limitadas posibilidades terapéuticas
- ▶ Terapia de desensibilización.

Muchas gracias!