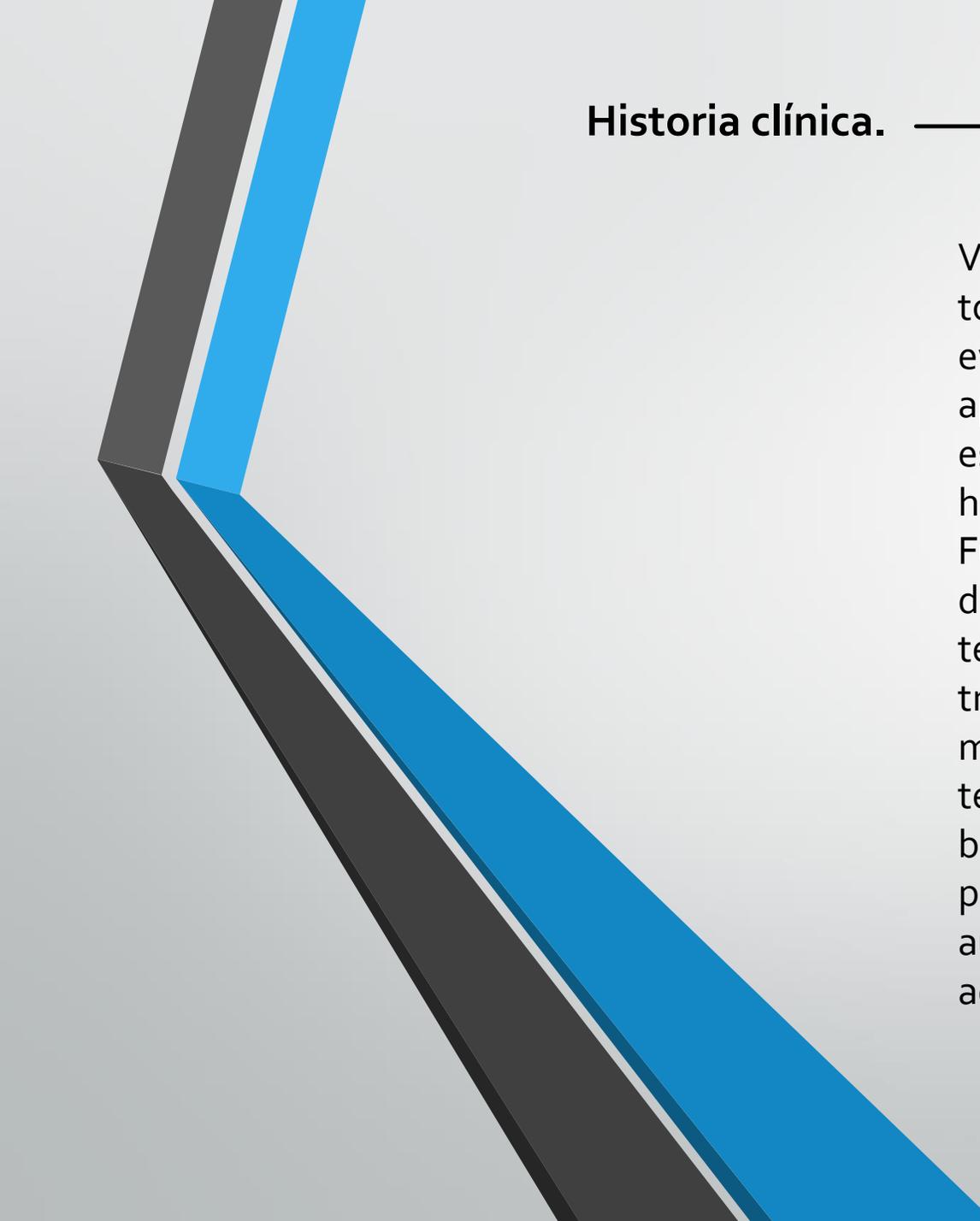


CASO CLÍNICO.

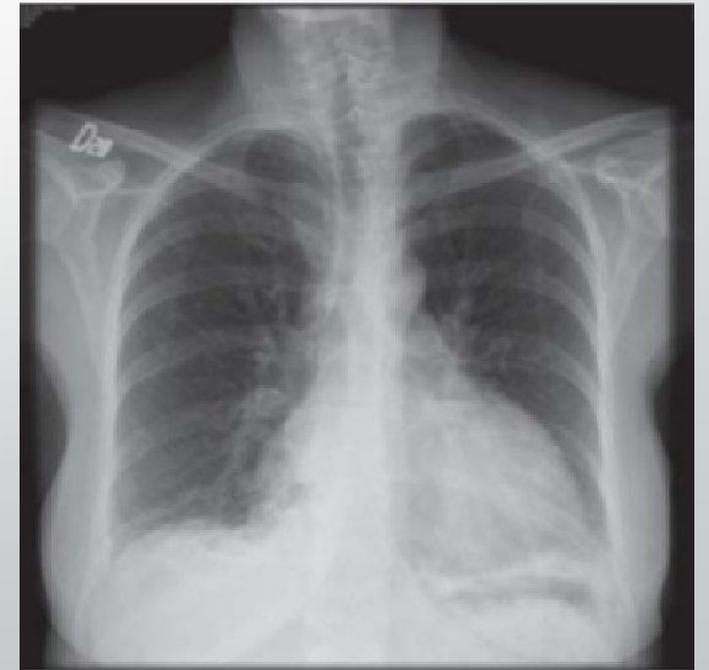
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

Historia clínica.



Varón de 29 años que acudió a Urgencias por cuadro de tos con expectoración blanquecina de varias semanas de evolución, astenia, pérdida de 2-3 kg de peso en aproximadamente 2 meses y disnea de moderados esfuerzos. Refería relaciones sexuales con otros hombres sin medidas de protección de forma habitual. Fumador de 20 cigarrillos/día, consumía alcohol los fines de semana e inhalaba cocaína de forma ocasional. No tenía otros antecedentes de interés ni tomaba tratamiento de forma habitual. A la exploración física, mostraba constantes normales, a excepción de temperatura de 37,2 °C y crepitantes finos en ambas bases pulmonares. Su estado general era bueno y presentaba una exploración abdominal normal y ausencia de adenopatías palpables en territorios accesibles.

Se realizó analítica básica (hemograma, bioquímica y gasometría arterial basal), que resultó normal salvo por: linfopenia de 148 células/mm³ (valor normal: 1.500-4.000 células/mm³), lactato deshidrogenasa (LDH) 171 UI/l (140-280 UI/l), β 2 microglobulina 470 μ g/l (800-2.000 μ g/l) y PCR 3,6 mg/l (< 1 mg/l). Asimismo, la radiografía de tórax realizada mostró infiltrado intersticial en ambas bases pulmonares.



El paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna y se le realizó baciloscopia de esputo y cultivo de esputo en medio de Löwestein, así como test Mantoux, que resultaron negativos. Se solicitó una serología de VIH que fue positiva, de manera que se llevó a cabo prueba confirmatoria por Western blot que ratificó la sospecha diagnóstica. Se completó el estudio con solicitud de carga viral del VIH, que fue de 345.625 copias/ml (límite de referencia para carga viral indetectable < 40 copias/ml), un recuento de linfocitos CD4+ de 90 células/mm³ (valor normal 500-1.500 células/mm³). Se tomó muestra para *Pneumocystis jirovecii* en esputo inducido, que resultó positiva, por lo que se inició antibioterapia con trimetoprim-sulfametoxazol durante 21 días con mejoría clínica progresiva, manteniéndose posteriormente a dosis profiláctica por el bajo recuento de linfocitos CD4 (< 200 copias/mm³).



Durante el ingreso, se solicitó estudio de resistencias y haplotipo HLA-B5701 y se inició tratamiento antirretroviral con triple terapia basada en la combinación de raltegravir (RAL), emtricitabina (FTC) y tenofovir alafenamida (TAF). El paciente presentó una evolución favorable, siendo dado de alta para seguimiento ambulatorio en Consultas Externas. A los 12 meses, alcanzó cifras de linfocitos CD4 superiores a 200 células/mm³ con carga viral indetectable, por lo que se suspendió el tratamiento profiláctico con trimetoprim-sulfametoxazol.





¿Cuál fue el tratamiento de elección?
R=Antirretroviral con triple terapia.

¿Estudio diagnostico que rectifico la presencia de VIH positivo?
R= Prueba de Western blot

GRACIAS

