

CASO CLÍNICO

REV MED UNIV NAVARRA/VOL 46, N°4, 2002, 43-44

Neumonía por *Pneumocystis carinii*

P. Martínez-Miravete, F. Bergaz, G. Bastarrika, J.D. Aquerreta

Servicio de Radiología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Correspondencia:

Paula Martínez-Miravete
Servicio de Radiología
Clínica Universitaria
Avda. Pio XII, 36
31008 Pamplona
(pmartinez@unav.es)

Historia clínica

Paciente varón de 58 años de edad que acude a al Servicio de Urgencias por un cuadro de disnea progresiva de dos semanas de evolución llegando a presentar ortopnea de 2 almohadas. Se acompaña de fiebre de 39° de predominio vespertino con escalofríos. Refiere, así mismo, tos y expectoración herrumbrosa en los últimos tres días; pérdida de 20 Kg. de peso en el último año y sensación ocasional de disfagia para sólidos, plenitud postprandial y vaciamiento precoz. El paciente no presenta otras alteraciones.

Exploración física: Destaca una tensión arterial de 170-120 mmHg y una temperatura axilar de 38° grados C.

Antecedentes personales: Sin interés

Analítica: La analítica no muestra otras alteraciones salvo una elevación de la cifra del potasio: (6'5 mosm/l) (Figuras 1 y 2).

Descripción de las radiografías

En la placa de tórax llama la atención un aumento en la densidad de ambos hemitórax, donde se detecta un patrón intersticial de predominio reticular con algún nodulillo asociado a pequeñas áreas de consolidación más homogéneas, que hace sospechar la posibilidad de un proceso infeccioso generalizado por germen atípico. No se descarta la asociación con insuficiencia cardíaca y edema dada la presencia de alguna línea intersticial periférica tipo B de Kerley aunque la silueta cardíaca presenta una morfología conservada.

Desarrollo del diagnóstico

El paciente es ingresado por insuficiencia respiratoria con sospecha diagnóstica de neumonía basal derecha por germen oportunista. Como posible diagnóstico asociado se plantea el de neoplasia de tubo digestivo.

El paciente no presentó mejoría con el tratamiento (ceftriaxona, claritromicina y oxigenoterapia con FiO₂ de 35%)

Figura 1. Rx. tórax, proyección A-P en decúbito



Figura 2. Rx. tórax, proyección lateral



persistiendo con disnea severa y fiebre, por lo que se decide su ingreso en UCI donde se le coloca un BIBAP y se solicita serología urgente de VIH así como gram y cultivo de esputo.

Se realizan radiografías de tórax sucesivas que no demuestran cambios, persistiendo la sospecha de neumonía intersticio-alveolar difusa grave y como posibles patógenos se barajan *Pneumocystis carinii* (Pc), bacterias agresivas como *Streptococcus pneumoniae* o *Legionella pneumophila* y virus.

La serología es positiva para VIH y se solicita lavado bronquiolo-alveolar, en el que se objetivaron quistes de PC con la coloración de Grocott.

También se realizó gastroscopia sin demostrar evidencia de proceso neofornativo.

Diagnóstico

Neumonía por *Pneumocystis carinii* en paciente VIH positivo.

Comentario

La neumonía por Pc es una entidad que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial ante todo paciente con clínica de disnea importante y fiebre persistente durante varios días, sobre todo si sufre algún tipo de inmunosupresión (VIH, trasplantados, uso crónico de corticoides,...). La disnea súbita es, por otra parte, la presentación más frecuente del tromboembolismo (TEP) pulmonar. El TEP, al igual que la neumonía por Pc no suele mostrar hallazgos en la radiografía inicial de tórax.

Nuestro paciente presentaba un patrón intersticial de tipo reticular de predominio perihiliar. El diagnóstico diferencial debe valorar fundamentalmente dos entidades que son: el edema intersticial y la infección. Como causas importantes de edema intersticial hay que considerar la insuficiencia cardíaca, el fracaso renal, la sobrecarga hídrica yatrogénica y la hipoproteinemia (pacientes cirróticos, hepatópatas,...). Los principales agentes patógenos de neumonía intersticial son: virus (Citomegalovirus,...), hongos, Pc y bacterias atípicas (*Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma*,...).

La neumonía por Pc constituye la causa más frecuente de infección pulmonar por germen oportunista en el paciente

inmunodeprimido y es causa frecuente de muerte en paciente VIH positivo^{1,4}.

La presentación radiográfica clásica de la neumonía por Pc es la de un patrón intersticial que puede ser granular, reticular o en vidrio deslustrado; bilateral, perihiliar o simétrico difuso^{1,3}. Existe un 39% de los casos en los que la radiografía simple de tórax es normal².

La forma típica, en la actualidad, está cambiando hacia formas atípicas. El uso de fármacos como profilaxis en pacientes VIH positivos, ha favorecido un aumento de estas variantes². Éstas pueden subdividirse en cuatro grupos diferentes: alteraciones parenquimatosas [enfermedad quística del pulmón (10%-34%), neumotórax espontáneo (35% en pacientes con quistes en el pulmón) y opacidades del parénquima de distribución en los lóbulos superiores del pulmón (50% de pacientes VIH positivo con opacidades pulmonares¹); alteraciones de la pequeña vía aérea (bronquiolitis, bronquiolitis obliterante y lesiones endobronquiales); aumento de tamaño de los ganglios linfáticos hiliares y mediastínicos y derrames pleurales^{2,6}.

Bibliografía

1. Phillip M. Boisselle, Charles A. Crans, Mark A. Kaplan. The Changing Face of *Pneumocystis carinii* Pneumonia in AIDS Patients. *AJR* 1999;172:1301-9.
2. McGuinness G. Changing trends in the pulmonary manifestations of AIDS. *Radiol Clin NorthAm* 1997;35:1029-82.
3. Kuhlman JE. *Pneumocystis* infections: the radiologist's perspective. *Radiology* 1996; 198: 623-635
4. Miller RF, Mitchell DM: *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Thorax* 1995;50:191-200
5. Heron CW, Hine AL, Pozniak AL, et al. Radiographic features in patients with pulmonary manifestations of the acquired immune deficiency syndrome. *Clin Radiol* 1985;36:583-8.
6. Gruden JF, Huang L, Turner J, et al. High-resolution CT in the evaluation of clinically suspected *Pneumocystis carinii* pneumonia in AIDS patients with normal, equivocal, or nonspecific radiographic findings. *AJR* 1997;169:967-75.