

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Brady RR, McAteer E, Weir CD. Biliscrotum and retroperitoneal biloma: spontaneous rupture of the biliary system presenting as an incarcerated inguinal hernia. *Ulster Med J.* 2006;75: 85-7.
2. Rastogi R, Rastogi V. Case report: retroperitoneal biliary fluid collections secondary to common bile duct rupture - an unusual complication of choledocholithiasis in a child. *Indian J Radiol Imaging.* 2008;18:232-5.

3. Lee JH, Suh JI. A case of infected biloma due to spontaneous intrahepatic biliary rupture. *Korean J Intern Med.* 2007;22:220-4.
4. Kang SB, Han HS, Min SK, Lee HK. Nontraumatic perforation of the bile duct in adults. *Arch Surg.* 2004;139:1083-7.
5. Wald C, Scholz FJ, Pinkus E, Wise RE, Flacke S. An update on biliary imaging. *Surg Clin N Am.* 2008;88:1195-220.

I. Daimiel Naranjo\*, D. Castaño Pardo y A. Martínez Arnaiz  
*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: idaimiel@hotmail.com*  
(I. Daimiel Naranjo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.01.012>

## Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* como debut del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)



### **Pneumocystis jiroveci pneumonia as debut of acquired immune deficiency syndrome (AIDS)**

*Estimada Editora:*

El *Pneumocystis jiroveci* (PJ) es un hongo atípico que produce neumonía fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos. Puede ser la manifestación inicial del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en los portadores que desconocen su condición, en los que no tienen acceso a las terapias antirretrovirales altamente activas o en los que estas fracasan. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de atender a pacientes con clínica respiratoria inespecífica y cuyo estado inmunológico es desconocido, ya que un tratamiento inadecuado del cuadro o su retraso pueden empeorar el pronóstico. Por este motivo, es importante conocer los hallazgos radiológicos que pueden hacernos sospechar esta patología<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer fumadora, de 47 años de edad, que acudió al servicio de Urgencias por presentar disnea progresiva de varias semanas de evolución, asociada a pérdida de peso, febrícula, astenia y tos (que había empeorado en las últimas horas). En la auscultación se registraron crepitantes finos en la base derecha y una saturación de oxígeno del 86%. En la radiografía simple de tórax (fig. 1) se apreció un discreto aumento de la densidad parahiliar, que era bilateral y simétrica con un patrón en vidrio esmerilado, por lo que se decidió completar el estudio con una tomografía computada (TC). Esta confirmó la existencia de múltiples áreas parcheadas de densidad en vidrio esmerilado, bilaterales, fundamentalmente parahiliares y en los lóbulos superiores (fig. 2), además de múltiples lesiones quísticas bilaterales de distinta morfología, tamaño y grosor de pared (fig. 3). Dado que el único antecedente conocido era el tabaquismo, se planteó como primera posibilidad una bronquiolitis respiratoria con enfermedad intersticial o

una neumonía intersticial descamativa, y con menor probabilidad una infección fúngica por PJ. Se inició tratamiento con corticoides, pero posteriormente se recibió el resultado positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Como consecuencia, se reorientó el diagnóstico, instaurando una conducta terapéutica para el PJ. La evolución fue buena.

A pesar de que en este caso no se obtuvieron resultados positivos para el PJ en el lavado broncoalveolar ni en el esputo, el diagnóstico pudo realizarse en base a los hallazgos radiológicos, el estado inmunológico de la paciente y la mejoría tras el tratamiento médico. Por ello, para poder sospechar una neumonía por PJ en un paciente con un estado inmunitario desconocido, resulta importante conocer su clínica y radiología.

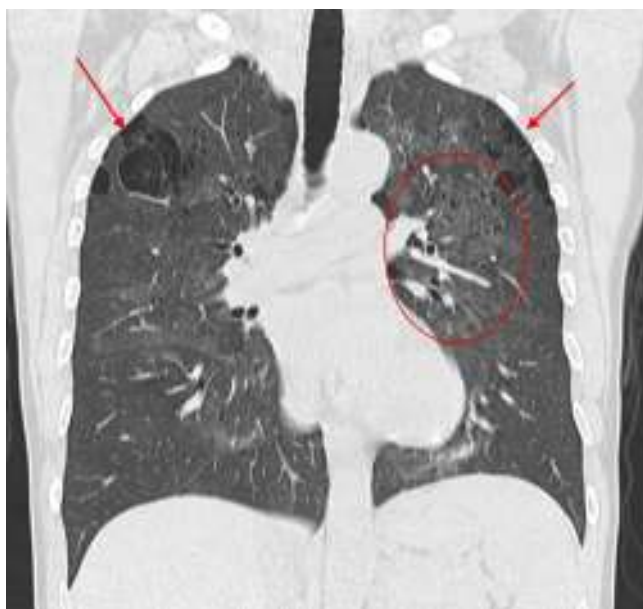
En los casos con VIH, la neumonía por PJ presenta un comienzo subagudo de hasta varias semanas, con síntomas como fiebre, tos seca, anorexia y pérdida de peso. La



**Figura 1** Radiografía simple de tórax donde se visualiza un discreto aumento de densidad, con patrón en vidrio esmerilado, bilateral y de predominio parahiliar.



**Figura 2** Tomografía computada en plano axial donde se observa un aumento de densidad con un claro patrón en vidrio esmerilado, bilateral y de predominio parahiliar.



**Figura 3** Tomografía computada en plano coronal donde se evidencian, en los lóbulos superiores, múltiples espacios aéreos quísticos bilaterales, de distintos tamaños, formas y grosor de pared (flechas). Algunos presentan en su interior opacidades que sugieren áreas de enfisema por patrón destructivo, en asociación con un patrón en vidrio esmerilado, bilateral, de predominio parahiliar y en los lóbulos superiores (círculo).

exploración resulta inespecífica y muestra desde crepitan-tes finos en las bases hasta taquipnea, taquicardia, hipoxia y cianosis. En la radiografía simple se pueden observar opacidades simétricas, difusas y bilaterales, preferentemente parahiliares, con apariencia de retículo nodulillar y patrón en vidrio deslustrado.

No obstante, los hallazgos radiológicos también pueden ser inespecíficos o incluso normales, por lo que en este último caso, si existe alta sospecha o se confirma que el paciente es VIH, se indica realizar una TC de alta resolución. Los hallazgos fundamentales serían: opacidades en vidrio esmerilado de predominio en lóbulos superiores, con preservación relativa de la periferia, asociadas a múltiples quistes pulmonares bilaterales, de forma, tamaño y grosor de pared variables, localizados en lóbulos superiores. A su vez, en estadios más avanzados pueden verse consolidaciones e incluso imágenes nodulares únicas o múltiples, aunque esto es mucho menos frecuente<sup>2,3</sup>.

### Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Cortés-Télles A, Juárez Hernández F, Peña Mirabal ES. Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en pacientes con VIH. *Neumol Cir Torax*. 2011;70:165-71.
2. Kanne JP, Yandow DR, Meyer CA. *Pneumocystis jiroveci* pneumonia: high-resolution CT findings in patients with and without HIV infection. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;198:W555-61.
3. Lichtenberger JP 3rd, Sharma A, Zachary KC, Krishnam MS, Greene RE, Shepard JA, et al. What a differential a virus makes: a practical approach to thoracic imaging findings in the context of HIV infection: part 1, pulmonary findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2012;198:1295-304.

I. Belda González<sup>a,\*</sup>, D. Soliva Martínez<sup>b</sup>  
y V. Jiménez Castro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Alcañiz, Teruel, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Neumología, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España*

\* Autor para correspondencia: C/ Almería, n.º 8. CP: 23500. Jódar (Jaén). España. Tel.: +670288134.  
Correo electrónico: isa.belda@yahoo.es (I. Belda González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.08.001>