

ÁREA TEMÁTICA: Virología clínica.

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.01.001.713>

ACV-2025-022

Neumonía e ictericia por infección respiratoria viral: reporte de caso con presentación atípica y la importancia del diagnóstico molecular

SAMUEL GUERRA-BELTRÁN^{1,2}, DAVID SUÁREZ-CONSUEGRA^{1,2}, JULIÁN CÓRDOBA-BERTEL^{1,2}, MARGARITA OCHOA-DÍAZ^{1,2,3}

¹ Escuela de Medicina, Universidad del Sinú, seccional Cartagena (Colombia).

² Grupo de Investigación GIBACUS, Universidad del Sinú, seccional Cartagena (Colombia).

³ Asociación Colombiana de Infectología (Colombia).

Correspondencia: Margarita Ochoa-Díaz. mdochoadiaz@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se presenta caso de hombre de 24 años previamente sano, 4 días de fiebre, tos productiva, disnea progresiva, rash maculopapular e ictericia escleral de un día de evolución. Niega desplazamientos recientes y/o consumo de medicamentos, con inmunización completa.

Métodos: Ingresó el 13/11/2024 con SatO₂ 95 %, bilirrubina total (BT) 5.66 mg/dL, B. directa (BD) 5.19, AST 52 U/L, ALT 96 U/L, LDH 255, hemograma con neutrofilia leve, linfopenia y reticulocitos 0.7 %. Ecografía abdominal normal. Iniciaron con ceftriaxona y claritromicina (FI 13/11/24); luego Cefepime (FI 14/11/24); Doxicilina (FI 18/11/24); Meropenem y Linezolid (FI 21/11/24); además de oseltamivir (FI 18/11/24), este empírico por riesgo laboral de H5N1. Paneles moleculares y serologías descartaron dengue, leptospirosis, malaria, hepatitis B, Epstein-Barr, Legionella, infección por mycoplasma y tuberculosis. Panel molecular respiratorio confirmó infección por virus parainfluenza tipo 2 (HPIV-2). Lavado broncoalveolar y cultivos negativos, lo cual permitió desescalada antibiótica. La bilirrubina alcanzó 5.79 mg/dL (14/11), descendió a 3.07 (19/11); ALT y AST aumentaron moderadamente (96 a 135 y 52 a 77 U/L), fosfatasa alcalina entre 141 y 152 U/L, Factor R 1.9–2 (patrón mixto colestásico). Colangiografía (15/11) sugirió colestasis por sepsis. No hubo hemólisis significativa. TAC de tórax: consolidación multilobar (predominio LSD y lóbulo medio), opacidades en vidrio esmerilado, derrame pleural leve. Requirió oxigenoterapia de alto flujo (PAFI 280, (FI 21/11).

Resultados: El cuadro fue interpretado como colestasis inflamatoria secundaria a sepsis pulmonar viral, sin DILI, aunque con ictericia presente al ingreso. Oseltamivir se usó sin evidencia de eficacia en HPIV-2; los antivirales en investigación muestran resultados limitados.

Conclusiones: El paciente evolucionó favorablemente, con mejoría respiratoria e ictericia en tres semanas, egresando con seguimiento ambulatorio. El caso resalta la importancia de reconocer manifestaciones extrapulmonares poco frecuentes en infecciones virales respiratorias, ampliar el enfoque diagnóstico con herramientas moleculares y documentar adecuadamente hallazgos clínicos, así como promover el uso racional de antimicrobianos.

Palabras clave: neumonía, ictericia, virus parainfluenza tipo 2.