

Neumonía organizada como manifestación de síndrome de reconstitución inflamatoria inmune por *Pneumocystis Jirovecii* en paciente VIH +

Bujes A.¹, Silva F.¹, Navarrete M.F.¹, Navarro F.¹, Samaniego W.¹, Pineda E.¹, Mejías C.¹, Mendoza M. G.¹, Ageno Y.¹

1. Hospital regional Coyhaique

Introducción La neumonía organizada (NO), también conocida como bronquiolitis obliterante, es un patrón inespecífico de respuesta a daño pulmonar que puede ser idiopático o secundario a numerosos procesos, los más frecuentes, las infecciones, mesenquimopatías, neoplasias y la toxicidad farmacológica. Aunque los pacientes VIH+ tienden a desarrollar desordenes respiratorios, especialmente infecciones y neoplasias, la NO no se asocia a VIH. No hay una definición clara del patrón radiológico de NO como en otras neumonías intersticiales idiopáticas. Se considera que el patrón característico consiste en la presencia de consolidaciones y opacidades en vidrio esmerilado bilaterales parcheadas peribronquiales y subpleural. Describimos caso de paciente VIH+, quien tras el inicio de terapia antiretroviral de alta efectividad (HAART), presenta deterioro clínico radiológico a pesar de recuperación de CD4 y haber recibido terapia efectiva para neumonía por *Pneumocystis* (PCP). **Descripción** Paciente de 51 años, diabética, hipertensa, en estudio por baja de peso no intencionada, junto a esto, presenta disnea y tos. Se realiza test VIH el cual es + (15/06/24), CD4 15 y CV 1.7M. Se sospecha PCP, por lo que se inicia cotrimoxazol y corticoides según norma vigente, requirió apoyo con O₂, TAC de tórax con vidrio esmerilado bilateral. Posteriormente se inicia coformulado (TDF/3TC/DTG) el 19/06/24. Se da de alta el 24/06/24 sin O₂ suplementario. A las 48 hrs, presenta disnea progresiva que llega a reposo. AngioTAC sin TEP, pero describe aumento del compromiso intersticial en 4 cuadrantes. Se sospecha síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI), se mantiene terapia para PCP la que completa el 07/07/24 y HAART. Evolución tórpida con mayor requerimiento de O₂, se repite TAC de tórax 09/07/24 que muestra progresión de vidrio esmerilado a condensación y bronquiectasias de tracción. Ingresa a UCI el 13/07/24, se conecta a VM, se realiza lavado alveolar el cual no detecta patógenos, la biopsia endobronquial muestra cambios inflamatorios agudos de la mucosa, se evalúa con radiología, se sospecha NO secundaria a SIRI por PCP. Se inicia terapia con esteroides en altas dosis, con buena respuesta clínica y radiológica, se logra extubación a las 48 hrs de iniciada la terapia. **Discusión** La aparición de NO, se ha descrito en pacientes VIH+, en pacientes con PCP no VIH y en este caso se plantea la posibilidad que se haya producido post inicio de HAART. Sin duda que la introducción de la HAART ha significado gran beneficio para los pacientes VIH+, es sabido que el inicio de esta terapia se puede asociar a un empeoramiento clínico y radiológico, la cual se relaciona a la caída de la carga viral y al ascenso de los CD4. **Conclusión** Presentamos el caso de una paciente quien tras el inicio de la HAART presenta deterioro clínico radiológico consistentes con NO. Esto muestra que los pacientes HIV+ aquejados por PCP pueden presentar cambios clínicos y radiológicos compatibles con NO.