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], Mejias 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, mesenquimopatias, 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.