

Neumonía organizada criptogenética en paciente con infección por el VIH y buen estado inmunológico

Sr. Editor: La neumonía organizada criptogenética (NOC), conocida anteriormente como la forma idiopática de la bronquiolititis obliterante con neumonía organizada (BONO), se clasifica en la actualidad dentro de las neumonías intersticiales idiopáticas¹ y para su diagnóstico se requiere un cuadro clínico-anatomopatológico compatible y la ausencia de causas conocidas de enfermedad intersticial pulmonar. Esta entidad es muy rara en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y sólo se han comunicado 11 casos²⁻¹⁰, todos ellos con importante deterioro del sistema inmunitario. Por ello, se ha establecido la hipótesis de que la inmunodepresión asociada al VIH puede favorecer el desarrollo de esta enfermedad^{4,7}. Presentamos aquí, en cambio, un caso de NOC en un paciente VIH con buen estado inmunológico.

Caso clínico. Varón de 47 años, diagnosticado hace 10 de infección por VIH tras candidiasis esofágica, sin otras infecciones oportunistas asociadas (último control: 457 CD4/ μ l y carga viral indetectable). Presentaba además hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 1 con insuficiencia renal secundaria. Estaba en lista de espera para trasplante renopancreático y en programa de diálisis peritoneal. Su medicación habitual era estavudina, lamivudina, nevirapina, minoxidilo, verapamilo, carvedilol, olmesartán, fluvastatina, darbopoyetina alfa, clopidogrel e insulina. El paciente había presentado un cuadro catarral con febrícula y disnea de esfuerzo durante 2 meses. Se observó en la radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) torácica realizadas la presencia de un patrón intersticial en ambos lóbulos inferiores pulmonares; los estudios microbiológicos habituales fueron negativos. El paciente fue tratado inicialmente con levofloxacino, posteriormente con claritromicina y, dada la persistencia del cuadro, fue remitido a nuestro centro. En la exploración física al ingresar destacaba la presencia de febrícula (37,4 °C) y crepitantes finos diseminados pulmonares. Los cultivos de sangre y esputo y el estudio microbiológico del lavado broncoalveolar resultaron negativos para bacterias, virus, hongos y micobacterias. Presentaba creatinina elevada y hemoglobina de 104 g/l, con la determinación de autoanticuerpos negativa. La espirometría forzada mostró una alteración ventilatoria restrictiva con alteración

de la difusión. Una nueva TC torácica confirmó la presencia de engrosamientos reticulares subpleurales e imágenes parcheadas en vidrio deslustrado en ambos pulmones, sin adenopatías significativas. Se realizó una biopsia pulmonar transbronquial, y el estudio anatomopatológico resultó compatible con neumonía organizativa: alvéolos con elevados cambios descamativos y focos de organización intraalveolar con tejido de granulación activo. Dada la ausencia de causas descritas de neumonía organizada, se diagnosticó al paciente de NOC, y se inició el tratamiento con corticoides (0,5 mg/kg/día de prednisona), con buena evolución clínica y radiológica a los 3 meses.

La revisión sistemática de la literatura médica (palabras clave: "organizing pneumonia" OR "obliterans bronchiolitis" AND "HIV" OR "AIDS") nos muestra que la aparición de NOC en un paciente con el VIH es excepcional²⁻¹⁰. Sin embargo, algunos autores sugieren que la enfermedad está infradiagnosticada, dado que puede presentarse de forma similar a la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, y el uso habitual de corticoides ante la sospecha de esta infección enmascararía la presencia de NOC⁷. Por tanto, aunque la aparición de fiebre e infiltrados pulmonares en un paciente con el VIH haga sospechar en primer lugar un proceso infeccioso, es necesario incluir la NOC en el diagnóstico diferencial; el retraso sufrido por nuestro caso en el diagnóstico ejemplifica esta situación. El interés de nuestra comunicación radica, además, en que supone el primer caso publicado de NOC en un paciente con el VIH con buen estado inmunológico, y resulta imposible esclarecer en la actualidad con los datos disponibles el papel que desempeña la inmunodepresión asociada al VIH en la etiopatogenia de esta enfermedad pulmonar.

Miguel Marcos, Judith Navarro,
José M. Miró y Asunción Moreno
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Clínic-IDIBAPS.
Universidad de Barcelona.
Barcelona, España.

Bibliografía

1. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Respir Crit Care Med. 2002;165:277-304.
2. Sanito NJ, Morley TF, Condoluci DV. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in an AIDS patient. Eur Respir J. 1995;8:1021-4.
3. Allen JN, Wewers MD. HIV-associated bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. Chest. 1989;96:197-8.
4. Díaz F, Collazos J, Martínez E, Mayo J. Bronchiolitis obliterans in a patient with HIV infection. Respir Med. 1997;91:171-3.
5. García Río F, García Satue JL, Prados C, Casadevall J, Gómez L, Pino JM. Tres formas no idiopáticas de bronquiolititis obliterante con neumonía en organización. Arch Bronconeumol. 1994;30:263-5.
6. Joseph J, Harley RA, Frye MD. Bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia in AIDS. N Engl J Med. 1995;332:273.
7. Khater FJ, Moorman JP, Myers JW, Youngberg G, Sarubbi FA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia as a manifestation of AIDS: case report and literature review. J Infect. 2004;49:159-64.
8. Laguna del Estal P, Martín T, Martín F, López E. Bronquiolititis obliterante en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc). 1991;97:638.
9. Leo YS, Pitchon HE, Messler G, Meyer RD. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in a patient with AIDS. Clin Infect Dis. 1994;18:921-4.
10. Zahraa J, Herold B, Abrahams C, Johnson D. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in a child with acquired immunodeficiency syndrome. Pediatr Infect Dis J. 1996;15:448-51.

Evaluación de una técnica de aglutinación por látex para la serotipificación de *Streptococcus pneumoniae*

Sr. Editor: El método de referencia para el serotipado de *Streptococcus pneumoniae* es el test de Quellung¹. Esta técnica consiste en una reacción de precipitación entre antisueros específicos y el antígeno polisacárido de la bacteria que hace visible microscópicamente su cápsula. Debido a la necesidad de personal experimentado para su realización, suele quedar relegada a muy pocos laboratorios especializados. Recientemente, se ha desarrollado un procedimiento complementario basado en la aglutinación por partículas de látex sensibilizadas². Este método puede ser suficiente para la detección de algunos serotipos, pero en otros casos sólo llega a la identificación de serogrupo. Tras la introducción de la vacuna neumocócica conjugada³ es posible que surjan cambios en la distribución de los serotipos de *S. pneumoniae*. La detección de estos cambios requiere de un seguimiento de los serotipos causantes de enfermedad. El objetivo de este estudio fue evaluar esta nueva técnica de aglutinación (Pneumotest-Latex; Statens Serum Institut; Copenhagen, Dinamarca) para la serotipificación de *S. pneumoniae*. Se estudió una colección de 148 cepas de *S. pneumoniae* aisladas entre enero de 2005 y mayo de 2007 en distintos casos de enferme-