

# RESUMEN DE COMUNICACIÓN



## RESUMEN DE COMUNICACIÓN

**Título:** INFECCIÓN VIH COMO CAUSA DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL

**Centro de trabajo:** Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias

**Autores:** I. Triana Pérez, B. Montoro González, O. Afonso Rodriguez, E. Colino Gil, J. Poch Páez

**Texto:** Introducción: Las neumopatías intersticiales del niño corresponden a un grupo de alteraciones heterogéneas crónicas del parénquima pulmonar, generalmente progresivas y eventualmente fatales, que comprometen al intersticio pulmonar. La clínica de las alteraciones intersticiales suele ser insidiosa, existiendo pocos síntomas o signos, como tos no productiva, dificultad respiratoria progresiva, roncus, y cambios como cianosis o manifestaciones de hipoxemia crónica. La edad de presentación varía de acuerdo a la enfermedad o estímulo desencadenante y la evolución, aunque en general lenta, se puede dar de forma rápida como compromiso inicial en el caso del SIDA.

Caso clínico: Paciente varón de 11 años que presenta un cuadro de 5 meses de evolución consistente en infecciones respiratorias de repetición asociadas a hiperreactividad bronquial e insuficiencia respiratoria con un patrón restrictivo severo. Antecedentes personales: A los 15 precisó transfusión de hemoderivados tras ser intervenido en su país de origen (Venezuela) de un hematoma secundario a traumatismo craneoencefálico severo, con posterior hemiparesia residual derecha. Varios ingresos posteriores por patología respiratoria. Exploración: REG. NC. NH. Polipneico (40rpm). Tiraje sub e intercostal. Sat O<sub>2</sub> < 89% con FiO<sub>2</sub> ambiente. Cavidad oral: lesiones blanquecinas en mucosa oral. AP: roncus y subcrepitantes en ambos hemitórax. Pruebas complementarias: Inmunología: Ig A 366 mg/dl, Ig G 2660 mg/dl, Ig M 329 mg/dl, C3, C4 y CH50 normal. Pruebas de imagen: Rx de tórax: engrosamiento parahiliar peribronquial de predominio basal. TAC torácico: patrón esmerilado parenquimatoso de distribución bilateral y difusa. Microbiología: Serología vírica: Ac IgG VIH ½ EIA (x2) positivos, confirmado con Western-Blot. Carga viral: 329.000 copias/ml. Cultivo de exudado faringeo: se aísla *Candida albicans*. Cultivo de esputo: se aísla *Branhamella catarrhalis* (BLEA positivo). Cultivo de aspirado bronquial y lavado broncoalveolar por broncoscopia: se aísla *Branhamella catarrhalis* y *Streptococcus pneumoniae* (resistente a cotrimoxazol y a eritromicina). Subpoblaciones linfocitarias: CD4 114 ul (5.9%), CD8 1.453 (59.7%), cociente T4/T8 0.1. Evolución: Al paciente inicialmente se le administró tratamiento con broncodilatadores y corticoides. Tras la llegada de los ac VIH positivos y ante la alta sospecha de neumonitis intersticial por *P. jiroveci* se inicia tratamiento con cotrimoxazol i.v. durante 21 días, presentando favorable evolución de su cuadro respiratorio. De la misma manera fue tratado con cefotaxima i.v. durante 10 días y fluconazol i.v. tras aislarse en LBA *S. pneumoniae* y *Candida albicans* en cultivo de exudado faringeo respectivamente. Finalizado este tratamiento se inició terapia antirretroviral. Diagnóstico: Infección VIH estadio C3. Neumonitis intersticial probablemente secundaria a *P. jiroveci*. Infección respiratoria por *Branhamella catarrhalis* y *S. pneumoniae*. Candidiasis oral.

Conclusiones: La neumopatía intersticial es una entidad infrecuente en la edad pediátrica que presenta una elevada morbimortalidad. A menudo se trata de un grupo de niños que frecuentemente han sido infravalorados, y en muchas ocasiones se han estudiado, pero sólo durante el proceso agudo y en consecuencia lo han sido de forma parcial. Aunque su diagnóstico etiológico es muy amplio, no debemos olvidar el papel de los agentes infecciosos en su desarrollo, como el *P.jiroveci* en pacientes inmunodeprimidos. Es conocido que la infección por el VIH en pediatría es producida, fundamentalmente, por la transmisión vertical madre-hijo. Aunque en los países desarrollados se han eliminado numerosas vías de infección, como la sangre y los hemoderivados contaminados, todavía en las regiones menos desarrolladas siguen existiendo este tipo de contagios. Las complicaciones pulmonares en niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son frecuentes, pudiendo ser la primera manifestación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

**Modalidad de presentación preferida:**  Oral  Póster