

NEUMONIA ORGANIZANTE CRIPTOGENICA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE



Abrate V; Cuestas E; Elias M; Blua A; López AM
Unidad Enfermedades Respiratorias. Hospital Privado - Córdoba

B-44

La COP habitualmente es idiopática, aunque puede ser secundaria a múltiples causas. La asociación con infección por *M. pneumoniae* es excepcional y fue establecida en 1997 por Josep Llibre. La importancia de relacionar ambos diagnósticos reside en la justificación de la necesidad de usar esteroides debido a la respuesta inflamatoria secundaria a la infección que puede ocasionar insuficiencia respiratoria hipoxémica. Presentamos dos casos de COP secundario a infección por *M. pneumoniae*, con diagnóstico etiológico serológico, con hallazgos tomográficos compatibles; y en uno de ellos se confirmó la sospecha de COP por anatomía patológica.

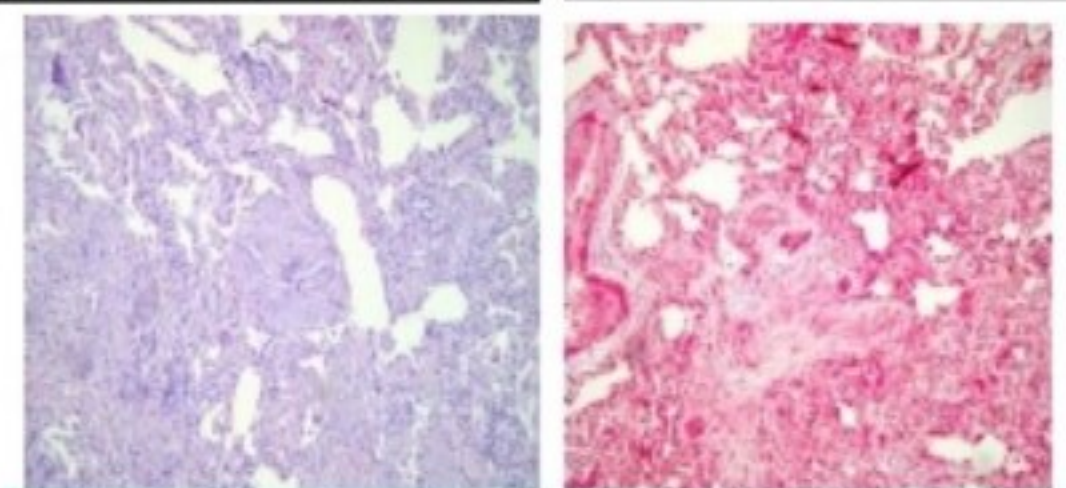
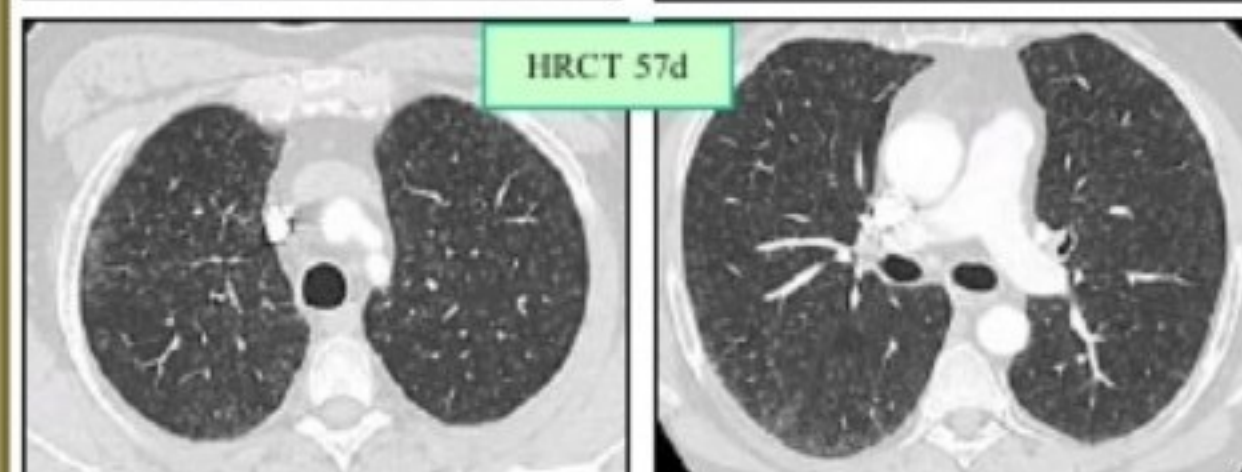
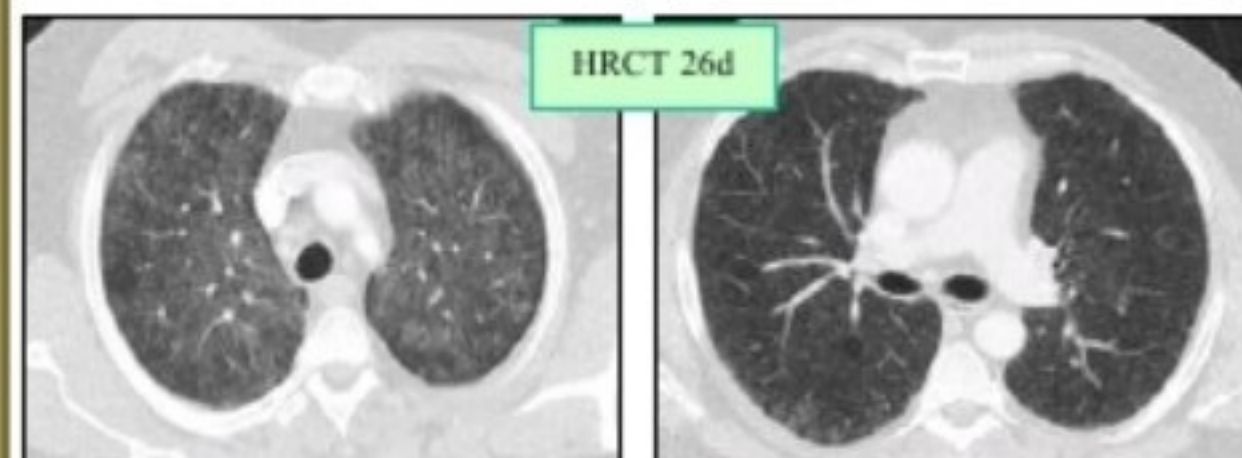
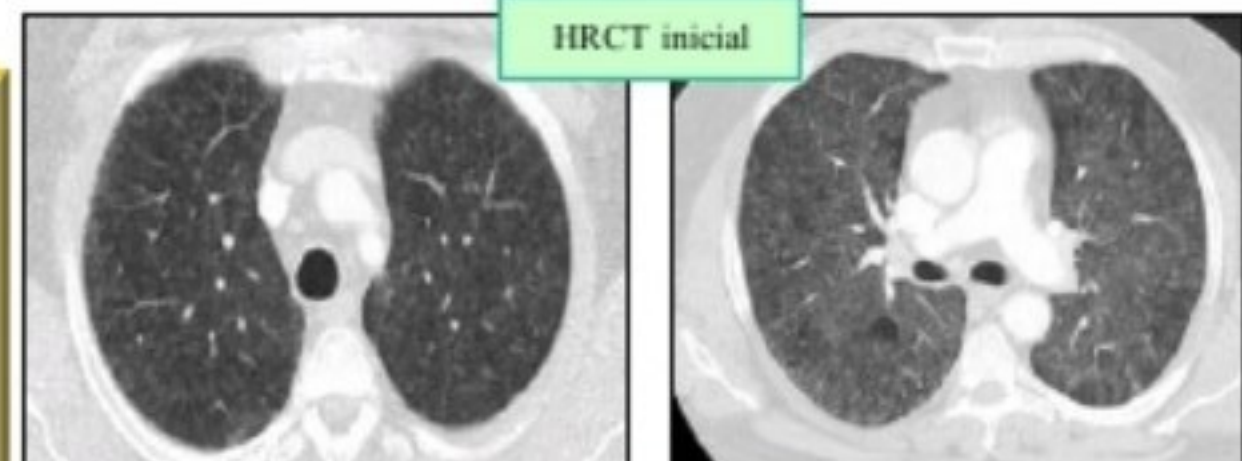
CASO 1: Hombre, 62 años, con Diabetes II, HTA, hipotiroidismo, asma, exTBQ 15 p/y.

1 internación: Disnea progresiva de 1 mes de evolución (CF III-IV 48 hs previa a la consulta), mas fiebre y tos seca en los últimos 15 días. Examen: taquicardia, SatO₂ 82% (FiO₂ 0.21%), T° 37.7°C, estertores secos bibasales. TACAR. Laboratorio: leucocitos (10600- NS 73%), VSG 50 ml/hs. IgG *M. pneumoniae* 1/512, IgM reactivo. Se diagnóstica Neumonitis por *M. pneumoniae*. Tratamiento con claritromicina y esteroides, al alta solo ATB.

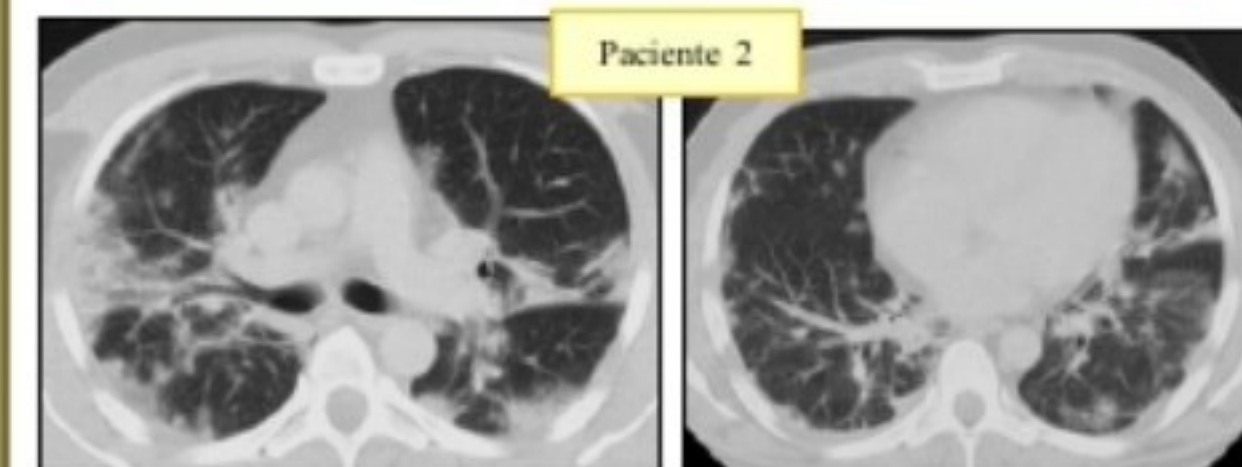
2 internación: 15 días post alta reaparición sintomatología respiratoria. Incremento de títulos de IgG *M. pneumoniae* 1/2048 IgM reactivo. Espirometría restricción moderada (CVF 64%). Persistían imágenes en TACAR y se decide biopsia pulmonar quirúrgica que revela COP.

3 internación: 30 días luego del alta por deterioro de su condición general. Se interpreta COP asociado a *M. pneumoniae* por lo que se adiciona esteroides sistémicos, con mejoría clínica y resolución de infiltrados.

CASO 2: Mujer, 69 años, con artritis reumatoidea sin tratamiento. Comienza un mes previo con tos, expectoración mucopurulenta y fiebre. Múltiples consultas, recibe amoxicilina-clavulánico, levofloxacina y moxifloxacina sin mejoría. Al ingreso: tos seca, disnea y fiebre. SatO₂ 94% (FiO₂ 0.21%), taquipnea, crepitos secos bibasales más izquierdos. TACAR. Serología: IgM *M. pneumoniae* reactiva, IgG 1/2048. Inicia claritromicina y meprednisona 40 mg en dosis decrecientes durante 6 meses, con importante mejoría clínica.



Espacios aéreos con fibroblastos jóvenes, fibrosis y tejido conectivo laxo. Leve fibrosis intersticial.



COMENTARIO:

- La asociación de COP y *M. pneumoniae* es infrecuente, pero debe ser sospechada en pacientes con IRA e infiltrados pulmonares que no mejoran con ATB.
- La confirmación de Neumonitis por *M. pneumoniae* es serológica, y el diagnóstico de COP surge ante los hallazgos tomográficos compatibles.
- La biopsia quirúrgica puede no ser necesaria.
- Ante la sospecha de la asociación, se debe indicar esteroides.