



## Clínica cotidiana

# Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica

Beatriz Torres Blanco<sup>a,\*</sup>, Cristina Sal Redondo<sup>b</sup>, Rodrigo Santos Santamarta<sup>a</sup>, María Isabel Río Álvarez<sup>a</sup>, Verónica García Ramos<sup>a</sup>, María Varela Patiño<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>b</sup>Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid. <sup>c</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Benavente (Zamora).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 29 de septiembre de 2020

Aceptado el 17 de junio de 2022

On-line el 19 de julio de 2022

#### Palabras clave:

Síndrome inflamatorio de

reconstitución inmune

*Mycobacterium avium*

Fiebre

### R E S U M E N

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI), o síndrome de reconstitución inmune, es un fenómeno inflamatorio consecuencia de la rápida restauración de una respuesta inflamatoria inmune excesiva y no controlada.

En un inicio este síndrome se describió en pacientes con VIH, como respuesta al inicio de la terapia retroviral, pero posteriormente se han descrito casos en pacientes con tuberculosis, en los que inicialmente se denominó reacción paradójica de la tuberculosis, y en casos de otros microorganismos patógenos.

Los síntomas son variables y la mayoría sigue un curso leve. No existe un gold estándar diagnóstico para el SIRI; en general se trata de un diagnóstico de exclusión.

La mayoría de los casos son leves y tienen una resolución espontánea con el paso de los días. En los casos graves puede precisarse tratamiento con corticoides o antiinflamatorios con el fin de frenar los fenómenos inflamatorios.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Immune reconstruction inflammatory syndrome

#### A B S T R A C T

The immune reconstruction inflammatory syndrome (IRIS) or immune reconstitution inflammatory is an inflammatory phenomenon resulting from the rapid restoration of an excessive and uncontrolled immune inflammatory response.

At first, this syndrome was described in HIV patients, as a response to the onset of retroviral therapy, but subsequently cases have been described in patients with tuberculosis, where this was initially called paradoxical reaction of the tuberculosis and in cases of other pathogenic microorganisms.

The symptoms are variable and most follow a mild course. There is no diagnostic gold for IRIS. In general, the diagnosis is made by exclusion.

#### Keywords:

Immune reconstruction

inflammatory syndrome

*Mycobacterium avium*

Fever

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [btbcachorro@hotmail.com](mailto:btbcachorro@hotmail.com) (B. Torres Blanco).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.026>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Most of the cases are mild and undergo spontaneous resolution with the passing of the days. In the severe cases, treatment may be required with corticosteroids or anti-inflammatory drugs in order to stop the inflammatory phenomena.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

Varón de 90 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de estenosis aórtica moderada asintomática, cáncer de próstata en tratamiento con tamsulosina/dutasterida (cada 24 horas) y bicalutamida (50 mg cada 24 horas); infección por *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI) resistente a rifampicina (R) y etambutol (E), en tratamiento desde hace un mes con R (600 mg cada 24 horas), E (400 mg, 2 comprimidos cada 24 horas) y azitromicina (500 mg, 3 días a la semana).

Ingresa en el Servicio de Neumología por presentar un cuadro de fiebre de hasta 38,5 °C, de predominio vespertino, de varios días de evolución; no refiere aumento de su tos crónica ni cambios en la expectoración; niega hemoptisis, disnea, dolor torácico o dolor de características pleuríticas; asintomático en el resto de esferas.

Durante la exploración el paciente se encuentra estable, con presión arterial de 112/78 mmHg, frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 96 % y temperatura de 37,7°C; destaca la presencia de roncus difusos en ambos hemitórax; el resto de la exploración física es anodina.

El paciente presenta una analítica sanguínea sin leucocitosis ni alteraciones de la serie blanca, no tiene anemia ni alteraciones de las plaquetas; la coagulación es normal; glucemia, iones, función renal y perfil hepato-pancreático normales; proteína C reactiva (PCR) 34. Se realiza un sistemático de orina con resultado negativo.

En la radiografía de tórax no se objetivan alteraciones.

Se realiza un cultivo de esputo que resulta negativo y hemocultivos también negativos.

Se completa el estudio de la fiebre sin claro foco infeccioso con la realización de una batería de pruebas, entre las que se incluyen múltiples serologías, todas ellas negativas (virus de la hepatitis A, B y C, VIH, citomegalovirus, brucella, rickettsia, *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, legionela, micoplasma, sífilis); proteinograma con patrón compatible con proceso inflamatorio inespecífico.

La ecografía abdominal resulta normal.

La TC tóraco-abdominal encuentra bronquiectasias bilaterales sin signos de sobreinfección.

Ante la presencia de fiebre de predominio vespertino, sin otros síntomas ni hallazgos en pruebas complementarias, se decide iniciar de forma empírica tratamiento antibiótico con piperazilina/tazobactam. Persiste la fiebre tras su inicio y se objetiva como efecto secundario la elevación de transaminasas en los controles analíticos, por lo que se decide suspender dicho tratamiento.

Completado el estudio de fiebre sin foco, y persistiendo la sintomatología inicial, se decide iniciar tratamiento corticoideo con prednisona (30 mg en pauta descendente) con la sospecha de SIRI. La clínica febril cede.

---

## Comentario

La Organización Mundial de la Salud define el SIRI como un grupo de signos y síntomas que resultan de la capacidad de presentar una respuesta inmune a antígenos y organismos infecciosos asociados con la recuperación inmune<sup>1</sup>.

Las mycobacterias tuberculosas son los patógenos más comúnmente asociados a SIRI; se han descrito casos asociados a la infección por MAI. Esta reacción está desencadenada por la reactivación de la inmunidad a causa de la liberación de antígenos por la lisis de bacilos con el inicio del tratamiento farmacológico; el propio bacilo de la tuberculosis produce un estado de inmunodeficiencia, que se recupera con el inicio del tratamiento. Este proceso puede provocar una reacción inflamatoria sistémica, que llega a implicar complicaciones graves, como la aparición de distrés respiratorio del adulto.

No existe un *gold estándar* para el diagnóstico de SIRI; se trata de un diagnóstico de exclusión en el cual se tienen en cuenta una serie de criterios analíticos y temporales. Entre dichos criterios cabe destacar la temporalidad (el SIRI suele presentarse en los primeros 3 meses tras el inicio de la terapia antirretroviral o antituberculosa), aunque los síntomas pueden aparecer incluso un año después del inicio de la terapia.

La sintomatología consiste en un empeoramiento clínico tras presentar inicialmente una mejoría con el tratamiento, asociado a una reacción inmune exagerada y acompañada normalmente de fiebre. Los síntomas varían en función del microorganismo patógeno y el huésped; son generalmente de carácter leve, pero en ocasiones alcanzan gravedad que puede conllevar la muerte del paciente. Los más frecuentes asociados a la infección por MAI son fiebre, dolor abdominal, fatiga, pérdida de peso, linfadenopatía sintomática, nódulos subcutáneos, sudoración nocturna, diarrea, náuseas, vómitos y erupciones cutáneas.

Entre las complicaciones graves más frecuentes que pueden encontrarse en este tipo de pacientes está el síndrome del distrés respiratorio del adulto.

El SIRI generalmente es un proceso leve y autolimitado; sin embargo, un porcentaje de los casos se asocia a sintomatología grave, que precisa de tratamiento de apoyo con AINE o corticosteroides con el fin de disminuir la formación de citocinas proinflamatorias.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

---

1. Fernández-Martínez RF, Arenas R. Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI). Una Revisión para entenderlo. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2008; 36(3): 113-9.
2. Hidrón A, González A. Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y afecciones fúngicas. *Infectio*. 2012; 16(Suppl 3): 51-8.
3. Bosamiya SS. The immune reconstitution inflammatory syndrome. *Indian J Dermatol*. 2011; 56: 476-9.