



1269 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

María Ortiz Fernández, Laura Vidal Domènech, Adrián Téllez y Pedro Castro Rebollo

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* es una infección oportunista que afecta principalmente pacientes inmunodeprimidos, habiéndose asociado clásicamente a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sobre todo en estadio de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Gracias a la profilaxis y la generalización del uso del tratamiento antirretroviral se ha observado una reducción en estos pacientes. Sin embargo, han aumentado los casos en pacientes inmunodeprimidos sin infección por VIH, especialmente oncohematológicos, receptores de trasplante, con enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias, y aquellos tratados con corticosteroides^{1,2}. Este grupo de pacientes es heterogéneo, tienen un menor uso de quimioprofilaxis y sus características son menos conocidas^{3,4}. **Objetivos:** conocer las características clínicas de los pacientes con PCP, comparando los infectados por el VIH y los que no lo están.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PCP ingresados en un Hospital de tercer nivel entre el año 2021 y 2023. Se recogieron variables clínicas, analíticas, terapéuticas y de evolución, y se compararon entre pacientes con y sin infección por VIH. Se expresaron las variables categóricas como número y porcentaje, y las continuas como mediana [rango intercuartílico]. Para la comparación de grupos se utilizaron pruebas no paramétricas.

Resultados: Se identificaron 50 pacientes con PCP en el periodo de estudio, 33 (66,6%) sin infección por VIH. La causa de inmunodepresión más frecuente en este grupo fueron las neoplasias hematológicas (tabla 1). La tabla 2 muestra la comparación de las principales características clínicas entre los pacientes con y sin infección por VIH. Los pacientes no-VIH tuvieron niveles más elevados de LDH y mayor linfopenia, mayor requerimiento de oxígeno (94 vs. 65%, $p = 0,013$), más ingreso en UCI (73 vs. 47%, $p = 0,073$) y mayor mortalidad (39 vs. 0%, $p = 0,002$).

Tabla 1

n = 33 (64%)

Neoplasias hematológicas

Linfoma difuso de células B grandes
Linfoma cerebral primario
Linfoma folicular
Linfoma cutáneo epidermotrópico

VIH negativos

17 (51,5%)

5
2
4
1

Linfoma compuesto	1
Astrocitoma	1
Linfoma de Hodgkin	1
Leucemia mieloide crónica	1
Síndrome de POEMS	1
Receptores de trasplante de progenitores	3 (9,09%)
Neoplasias de órgano sólido	8 (24,2%)
Adenocarcinoma de pulmón	1
Carcinoma de mama	2
Adenocarcinoma de recto-sigma	1
Adenocarcinoma de páncreas	1
Metástasis cerebral no especificada	1
Carcinoma urotelial	1
Hepatocarcinoma	1
Enfermedades autoinmunes	4 (12,1%)
Pénfigo vulgar	1
Síndrome de Sjögren	1
Dermatomiositis antiMDA5	1
Granulomatosis con poliangéitis PR3+	1
Receptores de trasplante de órgano sólido	8 (24,2%)
Renal	5
Hepático	2
Renal + cardíaco	1

Tabla 2

	Pacientes sin VIH	Pacientes con VIH	p
N = 33	N = 17		
Edad (años)	62,3 [11,5]	45,4 [12,5]	< 0,001
Sexo masculino	23 (70%)	13 (76%)	0,75
Neumopatía previa ¹	5 (15%)	1 (5,9%)	0,65
Antecedente de PCP previo	0	1 (5,9%)	0,34
LDH al diagnóstico (U/l)	486,5 (190,42)	611,24 (614,65)	0,94
LDH día 3 (U/l)	537,3 (301,55)	376,64 (182,52)	0,032
Leucocitos absolutos al diagnóstico (10 ⁹ /L)	7.092,4 (4.210,6)	5.919,4 (4.066,7)	0,44
Linfocitos absolutos al diagnóstico (10 ⁹ /L)	525,3 (307,3)	840 (483,7)	0,024
Linfocitos % al diagnóstico (%)	7 [8]	15 [6,2]	0,002
Coinfección con CMV	7 (21%)	4 (24%)	> 0,99
Requerimiento de oxígeno	31 (94%)	11 (65%)	0,013
Días oxigenoterapia (días)	11 [19,5]	13 [9,5]	0,31
Oxigenoterapia alto flujo (OAF)	22 (67%)	7 (41%)	0,084
Duración OAF (días)	4,5 [6]	4 [2,5]	0,86
Ventilación mecánica invasiva (VMI)	8 (24%)	3 (18%)	0,73
Duración VMI (días)	14 [13,5]	20 [10,5]	0,37
Neumotórax	2 (6,1%)	2 (12%)	0,6
Ingreso en UCI	24 (73%)	8 (47%)	0,073
Exitus	13 (39%)	0 (0%)	0,002

Conclusiones: Los casos de PCP en pacientes sin infección por VIH en nuestro hospital son más frecuentes, más graves y con mayor mortalidad actualmente que los de los pacientes con infección por VIH.

Bibliografía

1. Kamel T, Boulain T. Pneumocystis pneumonia in French intensive care units in 2013-2019:

mortality and immunocompromised conditions. *Annals of Intensive Care* 2024 14:1 [Internet]. 2024;14(1):1-12. Disponible en: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-024-01309-y>

2. Pereira-Díaz E, Moreno-Verdejo F, de la Horra C, Guerrero JA, Calderón EJ, Medrano FJ. Changing Trends in the Epidemiology and Risk Factors of *Pneumocystis Pneumonia* in Spain. *Front Public Health* [Internet]. 2019;7:487652. Disponible en: www.frontiersin.org

3. Wang Y, Zhou X, Saimi M, Huang X, Sun T, Fan G, et al. Risk Factors of Mortality From *Pneumocystis Pneumonia* in Non-HIV Patients: A Meta-Analysis. *Front Public Health* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34222179/>

4. Ghembaza A, Vautier M, Cacoub P, Pourcher V, Saadoun D. Risk Factors and Prevention of *Pneumocystis jirovecii* Pneumonia in Patients With Autoimmune and Inflammatory Diseases. *Chest* [Internet]. 2020 1;158(6):2323-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32502592/>