



## 1787 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA NEUMONÍA POR *LEGIONELLA PNEUMOPHYLLA*

*Bismark Toro Paladines, Camilo González González, Camilo Loaiza Betancourth, Fernando Sánchez Reche, Josep María Tricas Leris, Helena Monzón Camps, Oriol Llargues Pou y Silvia Álvarez Viciana*

*Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los casos de neumonía por *Legionella pneumophilla*, sus variables sociodemográficas y clínicas de nuestro centro que abarca un área de influencia de 266.562 habitantes.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de casos diagnosticados de neumonía por *Legionella pneumophilla* en nuestro centro de trabajo durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de enero de 2024. Los casos se obtuvieron de una base de datos a través del programa de historias clínicas hospitalarias y se incluyeron variables clínicas, epidemiológicas, analíticas, comorbilidades, tratamiento y desenlace. El análisis estadístico se realizó mediante análisis descriptivo cuantificando las medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables cualitativas expresadas como frecuencias absolutas y porcentajes. Las cuantitativas con la media y la desviación estándar para las de distribución normal, o la mediana y el rango para las de distribución asimétrica.

**Resultados:** Se diagnosticaron 126 pacientes con neumonía por *Legionella pneumophilla*, 88 casos (69,8%) eran hombres. La mediana de edad fue de  $68,5 \pm 22$  años (rango 57-79). Las principales comorbilidades en nuestra serie fueron: enolismo activo en 26 (20,6%), fumadores 50 (39,7%), exfumadores 22 (17,4%), hipertensos 69 (54,7%), diabéticos 37 (29,4%), enfermedad renal crónica 24 (19%), EPOC 18 (14,3%). Se objetivó inmunosupresión en 25 pacientes (19,8%), considerando la inmunosupresión, el tratamiento con corticoides, inmunosupresores, quimioterapia, trasplante y neoplasias hematológicas activas. El 98,5% fueron de origen comunitario. La mayor incidencia de casos fue en los meses de primavera y una nueva onda en septiembre 24 (19%), octubre 14 (11,1%) y noviembre 18 (14,2%). En el año 2021 hubo un aumento relevante de pacientes (28) permaneciendo elevada incidencia desde entonces (incidencia media de 8,64 casos/100.000 h/año). Las principales manifestaciones clínicas fueron fiebre y tos en el 88% y 54% respectivamente. La mediana de días de inicio de síntomas previo a consultar a urgencias fue de 4 (rango de 3 a 7 días). El método diagnóstico fue antigenuria en 124 (98,4%). La hiponatremia estuvo presente en 29 (23%), la insuficiencia respiratoria en 46 (36,5%) con afectación radiológica principalmente lobar en 96 (76,2%). El 59% fueron consideradas graves (PSI IV-V). Posteriormente el control evolutivo se realizó en hospitalización convencional en 88 (70%), unidades de semiintensivos 7 (5%), y UCI 13 (10%). En 15 pacientes (12%) se pudo hacer manejo ambulatorio. Respeto al tratamiento

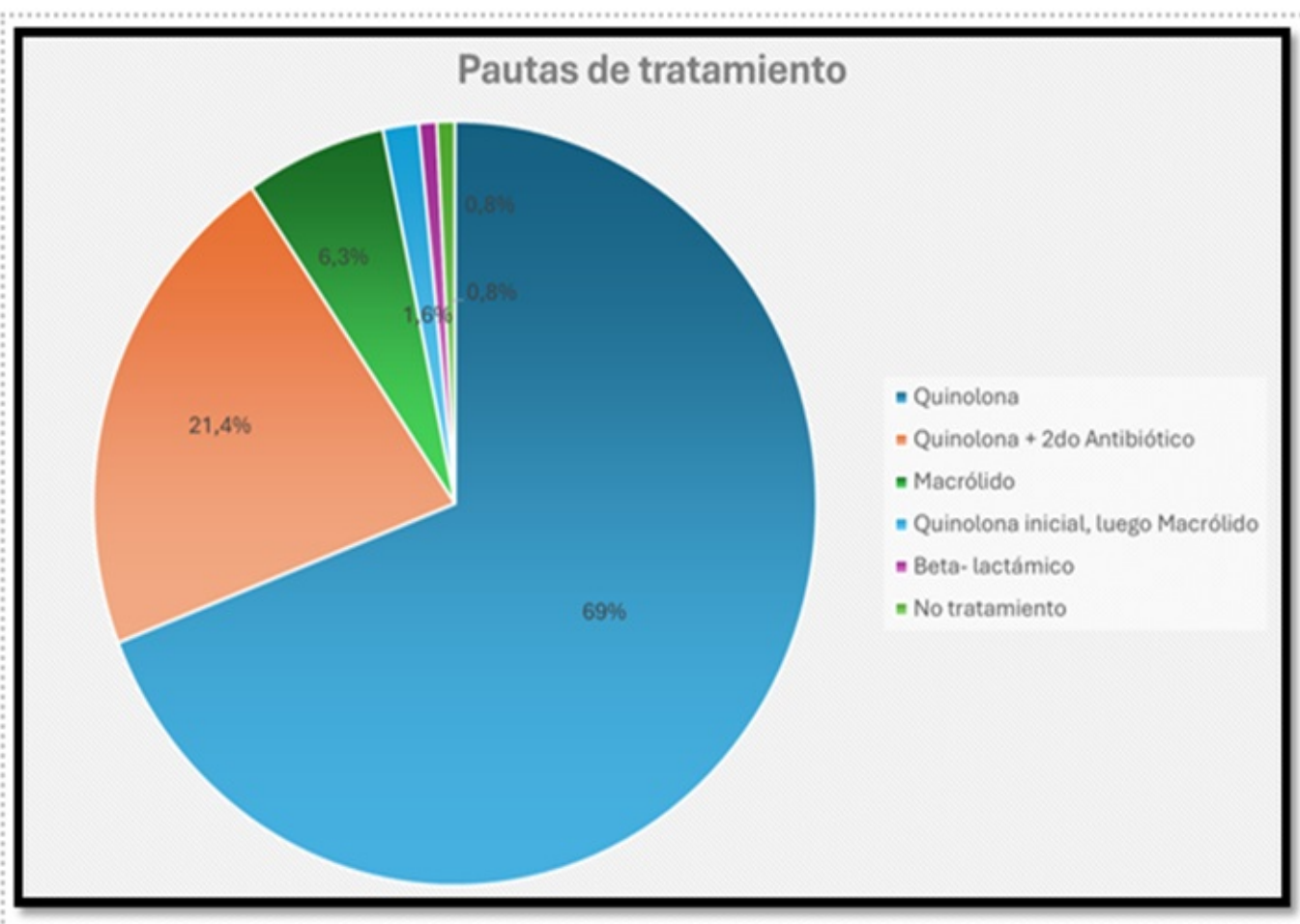
administrado, en 87 pacientes (69%) se pautó levofloxacin en monoterapia, en 27 (21,4%) biterapia asociando quinolonas con otros antibióticos, azitromicina en monoterapia en 8 (6,4%). La mediana de la duración del tratamiento fue de 10 días (rango de 7-14). Mortalidad: 8 pacientes. Todos PSI de V. La inmunosupresión estaba presente en el 37,5%.

<b>Tabla 1. Antecedentes personales</b>		
	N	%
Diabetes mellitus	37	29,4
Hipertensión arterial	69	54,7
EPOC	18	14,3
Enfermedad renal crónica	24	19
Neoplasia	29	23
Enol activo	26	20,6
Fumador activo	50	39,7
Exfumador	22	17,5
Inmunosupresión	24	19,8

<b>Tabla 2. Alteraciones analíticas</b>		
	N	%
Leucocitos < 5.000 cél/l	3	2,4
Leucocitos 5.000-12.000 cél/l	56	44,4
Leucocitos > 12.000 cél/l	67	53,2
Urea > 50 mg/dl	54	42,8
Creatinina > 1,2 mg/dl	50	39,7
Sodio < 130 meq/l	29	23%
PO2 < 60 mmHg	46	36,5
PCR > 50-200 mg/l	27	21,4
PCR > 200 mg/l	94	74,6
Procalcitonina > 2 ng/ml	25	19,8



**Gráfica 2b.** Distribución de los casos por años.



**Gráfica 6.** Pauta de tratamiento antibiótico.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes fueron varones de edad avanzada con comorbilidades asociadas o inmunosupresión, afectados de una neumonía grave. Las quinolonas fueron utilizadas

predominantemente. Una parte no despreciable precisó cuidados intensivos. Por último, consideramos que *Legionella pneumophilla* debe incluirse en el diagnóstico etiológico de la neumonía comunitaria no neumocócica, sobre todo en áreas con elevada incidencia como en nuestro caso.