



<https://www.revclinesp.es>

## I/H-6. - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN (PERÍODO 1998-2014). RETRASO DIAGNÓSTICO

M. Rivas<sup>1</sup>, A. Morilla<sup>2</sup>, G. Sierra<sup>2</sup>, M. Zárraga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés Asturias.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las variables epidemiológicas y clínicas de los diagnósticos de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (PCJ) en nuestro hospital en el período 1998-2014. Revisión del comportamiento de la infección por PCJ en la población VIH y no VIH durante dicho período.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los diagnósticos de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en los últimos 15 años. Se analizaron las variables demográficas y la situación clínica e inmuno-virológica en el momento del diagnóstico. Se estudiaron los pacientes no VIH así como aquellos VIH y dentro de éstos aquellos con retraso diagnóstico y contacto previo con el sistema sanitario.

**Resultados:** Se detectaron un total de 30 casos durante este período en el laboratorio de Microbiología. La edad media fue  $46 \pm 15,8$  con una mediana de 44,5 años. La mayor parte fueron varones (80%). El 38% habían sido diagnosticados previamente de VIH, sólo 6 pacientes estaban con tratamiento antirretroviral. En 13 pacientes el diagnóstico de VIH coincidió con el episodio de hospitalización, y 4 pacientes presentaban otras inmunodepresiones: 1 paciente Ca. de próstata metastático, 1 paciente con colitis ulcerosa pancolónica en tratamiento con inmunosupresores, 1 paciente con artritis reumatoide con afectación pulmonar y 1 con glomerulonefritis mesangial. En el 30% se objetivó de forma simultánea al menos una enfermedad oportunista, siendo la candidiasis la más prevalente. El valor medio de carga viral fue de 5,4 lg, el recuento medio de linfocitos CD4+ fue de  $30,8 \pm 24$  por  $mm^3$ . Disnea y fiebre fueron las manifestaciones clínicas más comunes. En cuanto a parámetros analíticos, 21 pacientes presentaban a su llegada insuficiencia respiratoria, 12 de ellos precisaron ingreso en UVI y ventilación mecánica. El 30% presentaban LDH elevada ( $> 550$  UI/L). El patrón radiológico más común fue el intersticial (66,7%), seguido de mixto (16,7%). El diagnóstico se llevó a cabo mediante lavado broncoalveolar en 60% de los pacientes, 16,7% se aisló el hongo en aspirado y 7 pacientes presentaron el hongo en esputo. El 83% (25) se pautó tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol, el resto recibieron terapia con pentamidina tras fracaso o efectos secundarios al mismo, 24 pacientes precisaron también terapia con corticoides. Se documentó sobreinfección en el 47%, en tres de los casos por CMV. La mortalidad total fue de un 33%, 75% entre los pacientes no VIH. En 9 pacientes se constata abandono previo del TARGA, de los 13 pacientes con retraso diagnóstico 8 habían tenido contacto previo reciente con el sistema sanitario. El régimen de tratamiento antirretroviral escogido más habitual fue el basado en 2 análogos + IP.

**Discusión:** A pesar de la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia la neumonía por (NCJ) se observa con frecuencia en unidades de hospitalización y cuidados intensivos en pacientes con infección VIH

en situación de avanzada y en caso de abandono o mala adherencia al TARGA o a la profilaxis. En el caso de pacientes no VIH se relaciona con situaciones de inmunodepresión grave (en nuestro estudio el 100% de los pacientes estaban con medicación inmunosupresora, presentando un curso más agresivo y mayor mortalidad) por lo que es necesario pensar en esta entidad en pacientes con factores de riesgo.

*Conclusiones:* La neumonía por PCJ continúa siendo una infección habitual en el paciente VIH asociada al retraso diagnóstico y a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral. En pacientes VIH-negativos se presenta a edades más avanzadas, con mayor mortalidad y dificultades para el diagnóstico.