

Título: “ESTUDIO OBSERVACIONAL DE INFECCION RESPIRATORIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN EL PACIENTE NO VIH EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS”

Autores: C.Martínez Huguet, B. Galve Valle, L. Martínez González, M. Mallen Díaz de Teran, C. Lahoz Lasala, E.Calvo Beguería. Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción/Antecedentes: La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJ) es una infección potencialmente mortal en el paciente inmunodeprimido. Además de los pacientes VIH, otros individuos inmunocomprometidos que presentan un riesgo incrementado de padecer dicha infección son aquellos con procesos neoplásicos (especialmente procesos hematológicos) o los que son tratados con glucocorticoides o fármacos inmunosupresores, entre otras causas. La incidencia de esta patología aumenta a medida que se incrementa el uso de dichos fármacos.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de 17 historias que corresponden a ingresados en el área médica de nuestro hospital en los últimos cinco años. El criterio de inclusión fué infección documentada por PJ excluyéndose a pacientes VIH. Variables recogidas: enfermedad subyacente, tratamiento con glucocorticoides u otros inmunosupresores, la existencia de coinfección, la presencia de fiebre, hipotensión, disnea, taquipnea e insuficiencia renal en el momento del ingreso. Además, se han registrado si presentaban hipoxia, hipercapnia o normocapnia.. Se ha recogido asimismo si existían cambios en la radiografía de tórax, si se les había realizado TAC torácico y si el diagnóstico se había confirmado mediante PCR de esputo o aspirado broncoalveolar. Por último, se documentan los pacientes que han sido tratados y los que han recibido profilaxis.

Resultados/Discusión: Se trata de nueve mujeres y ocho hombres, edad media de 66 años. La enfermedad neoplásica fue la enfermedad subyacente predominante en un 41,2%, sobre todo la de estirpe hematológica, seguida de la artritis reumatoide y de las enfermedades del tejido conectivo en un 5,9%, respectivamente. Otras causas, menos frecuentes, de inmunodepresión fueron la enfermedad pulmonar intersticial, la esofagitis eosinofílica y la inmunodeficiencia común variable. Un 41,1 % de los casos estaban en tratamiento con corticoides sistémicos, de los cuales un 42,8% tomaron una dosis mayor o igual a 20 mg/día durante un periodo de tiempo superior a treinta días. Un 10% de los pacientes en tratamiento con corticoides recibían tratamiento concomitante con metotrexate, y otro 10% con rituximab, mientras que un 20% recibían tratamiento con QT sistémica. En el 70,6% de los pacientes se documentó otro proceso infeccioso durante su estancia hospitalaria. El grupo de los enfermos neoplásicos fue el que experimentó una mayor mortalidad. El 29,4% de los pacientes fallecieron, de los cuales un 40% estaban en tratamiento con quimioterapia, un 20% recibía dosis de corticoide mayores a 10 mg y el 20% restante no recibían ningún tipo de tratamiento. La disnea y la fiebre fueron los síntomas de presentación más comunes en el 82,4% de los casos, mientras que la hipocapnia y la hipotensión se presentaron en el 35,3% de los pacientes. En todos los pacientes se objetivaron alteraciones en la radiografía de tórax con predominio del patrón intersticial bilateral. Se realizó TACAR al 70,6% de los pacientes siendo patológico en el 20% de los casos. En todos ellos se llegó al diagnóstico mediante la detección del DNA por PCR en muestras broncoalveolares, y/o esputos espontáneos o inducidos. Por último, todos los pacientes recibieron tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol y en ningún caso se había realizado profilaxis.

Conclusiones: Las condiciones subyacentes de mayor riesgo son las neoplasias hematológicas, en el 43% y los receptores de trasplantes (39%). Un hecho común presente en el 80% de estos pacientes es el tratamiento corticoideo prolongado.(1)(3)La radiografía de tórax evidencia una afectación bilateral en el 66%. La tasa de mortalidad es similar a las series (29%).El tratamiento más común es el TMP/SMX en el 76%, y los pacientes no infectados por VIH raramente reciben profilaxis (4%-17%,según series).(2)(3). Queremos resaltar la importancia de la sospecha inicial en pacientes no VIH para lograr un diagnóstico y tratamiento precoces.

Bibliografía:

1. Roblot F1, Le Moal G et al. Pneumocystis jirovecii pneumonia in HIV-negative patients: a prospective study with focus on immunosuppressive drugs and markers of immune impairment. *Transpl Infect Dis.* 2012 Oct;14(5):510-8.
2. McKinnell JA1, Cannella AP, et al. Pneumocystis pneumonia in hospitalized patients: a detailed examination of symptoms, management, and outcomes in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and HIV-uninfected persons. *Transpl Infect Dis.* 2012 Oct;14(5):510-8