

Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*

Residencia de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires

Se trata de una mujer de 56 años con Linfoma no Hodgkin leucemizado que ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, desaturación, uso de músculos accesorios, hipotensión sostenida sin respuesta a expansión con cristaloides. Requiere asistencia ventilatoria y medicación vasopresora. Se constata neutropenia y en la radiografía de tórax se evidencian infiltrados intersticiales bilaterales. antibiocioterapia empírica con Piperacilina-Tazobactam + Amikacina + Trimetoprima Sulfametoxazol (TMS). La tomografía de tórax sin contraste evidencia opacidades difusas y parcheadas en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares a predominio periférico y apical, asociado a engrosamiento de los tabiques interlobulillares. y derrame pleural laminar bilateral. Del lavado brocoalveolar se rescata *Pneumocystis Jirovecii* y se rota el tratamiento a TMS + corticoides. La paciente es extubada a las 48 hs evolucionando favorablemente. El *Pneumocystis Jirovecii* es un hongo que ocasiona infecciones respiratorias en pacientes inmunocomprometidos. Es clásicamente descrito en individuos con virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) positivo con recuentos de CD4 menor a 200 células/mm³. Sin embargo, también se han reportado casos en pacientes con otras causas de inmunosupresión, como ser tratamientos con agentes antineoplásicos, inmunosupresores o glucocorticoides, y en quienes padecen enfermedades oncohematológicas. En una cohorte retrospectiva de 82 pacientes adultos con infección respiratoria por *P. jirovecii* atendidos en nuestro hospital entre 2006 y 2013, 55% (45) fueron seronegativos para VIH. Los casos no infectados con VIH, fueron significativamente más añosos y tuvieron mayor mortalidad, mayor número de complicaciones y evolución a insuficiencia respiratoria con falla multiorgánica.

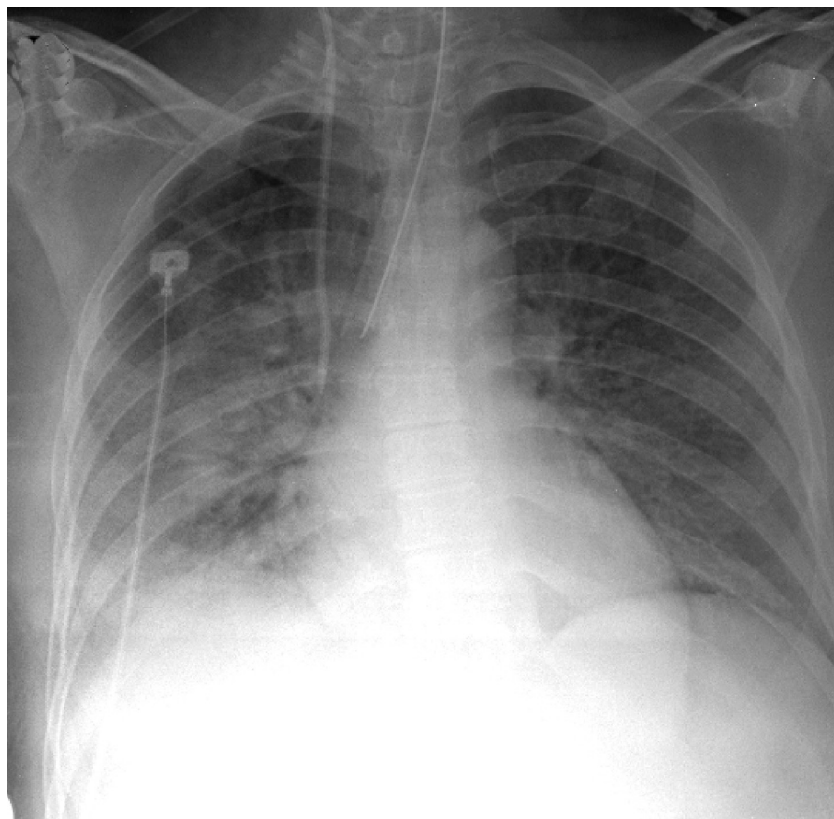


Figura 1. RX simple de tórax en lecho (sin bucky), en incidencia de frente. Se observan infiltrados intersticiales bilaterales.

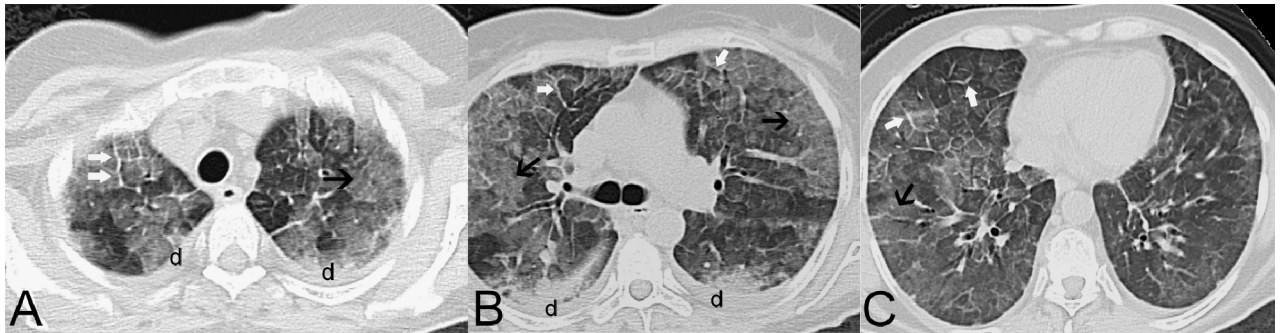


Figura 2. TAC de tórax sin contraste EV, con ventana pulmonar. En A, B y C se observan opacidades en vidrio esmerilado con disposición difusa y en parches (flechas blancas) con predominio de distribución apical y periférica. Engrosamiento de septos interlobulillares (flechas negras). Leve derrame pleural bilateral (d).

Conflictos de interés: el autor no presenta conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

– Rey A, Losada C, Santillán J, Fiorentini F, Schiaffino M, Peroni HJ, Giunta D, Barcán

L y Waisman G. Comparación de infecciones por *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con

y sin diagnóstico de infección por VIH. Rev Chilena Infectol 2015; 32 (2): 175-180.