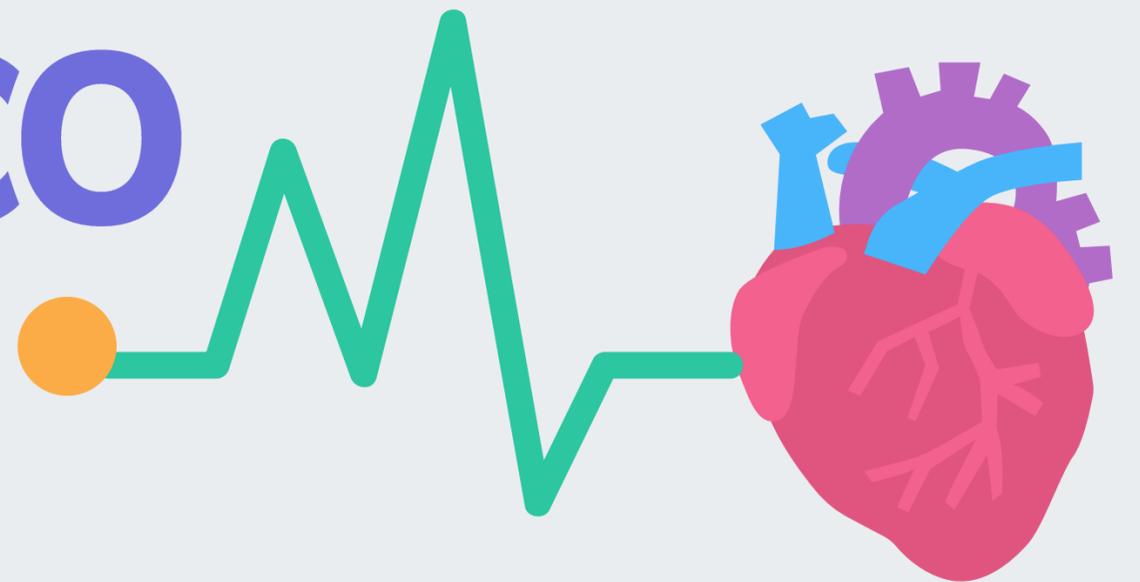


CASO CLÍNICO



Paloma Gándara Lema (R3 Medicina
Interna)

Luis Quiroga (Médico Adjunto)

Índice

01 Introducción

02 Antecedentes
personales

03 Antecedentes
familiares

04 Enfermedad
actual

05 Exploración
física

06 Pruebas
complementarias

Índice

07 Evolución

08 Resumen

Introducción

Varón de 47 años que desde hace unos 6 días presenta cansancio y mialgias que le dificulta su trabajo de camarero.

Antecedentes personales



47 años



Trabajo

Estado civil



Domicilio

Hábitos tóxicos



- No alergias.
- No enfermedades previas.



Antecedentes familiares

Padres

Sanos

- Síndrome de Sjogren.
- Miopatía nemalinica.
- Miocardiopatía.
- Anemia de Fanconi.
- Acidosis tubular renal.

Hermana

Desde unos 6 días presenta cansancio y mialgias que le dificulta su trabajo de camarero.

Los compañeros aprecian enlentecimiento con dificultad de nominación y discurso confuso.



y acude a urgencias del hospital.

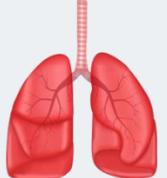
A la llegada a urgencias presenta malestar, sensación de disnea, calor y estado confuso.

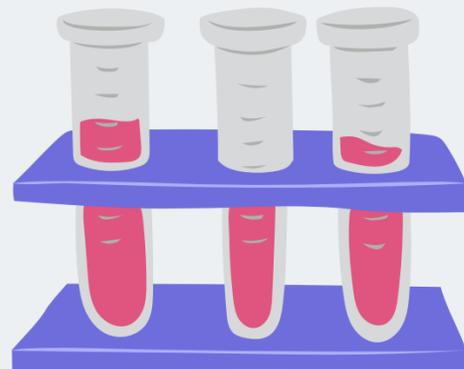
Niega tos, expectoración náuseas, vómitos, diarrea o dolor de cabeza.



05

Exploración física

- Tª 35,8º C, TA 142/78 mm Hg, Fc 114 latidos por minuto, FR 30 respiraciones por minuto y Saturación de oxígeno 96%, basal
- Estado alerta, ansioso, orientado, con dificultad a contestar preguntas (tardaba en responder) y dificultad para seguir ordenes complejas. Lenguaje no disártrico.
- ✓ • Bien hidratadas las mucosas. Cuello flexible. No Ingurgitación yugular.
- ✓ • Auscultación cardíaca rítmico sin soplos. 
- ✓ • Auscultación pulmonar normal. 
- ✓ • Abdomen no distendido, no doloroso, sin viscero-megalias. 
- ✓ • Msls sin anomalías. No erupciones dérmicas.
- ✓ • Examen de pares craneales normales. Tono muscular y la fuerza conservadas, sensibilidad algésica y propiocepción normal, reflejos miotendinosos presentes, la marcha normal.



06

Pruebas complementarias

ANALÍTICA

Hemograma: 13.270 leucocitos N 12560. Cayados 170, L 240, M 230 E 10 B 60/
microlitro. Hb 16.5 gr/dl. Hto 46.7%. Plaquetas 191.000/microlitro. VSG 69. D

Dimero

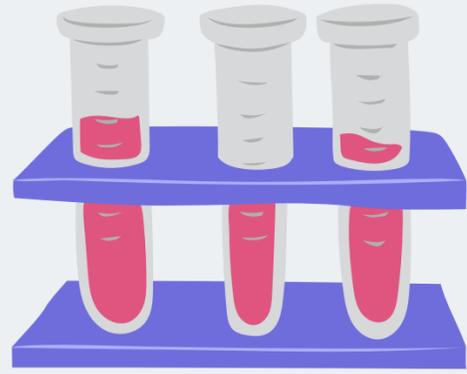
>10.000. T protrombina 16.2 seg. INR 1.3

Glucosa 184, Na 125 K 6 Cl 75 Urea 117 Cr 13 mg%

CK 28,581 U/L Ca 8 P 3 Mg 3.7

GOT 418 GPT 1272 F alcal 74 Bil total 0.7 LDH 1334

PCR 220.4 Ferritina 5064



06

Pruebas complementarias

GASOMETRÍA ARTERIAL

pH 7.26 PCO₂ 27 PO₂ 29

Anion Gap 41 (N 3-
17)





06

Pruebas complementarias

ORINA

**Sistemático: pH 5.5 Densidad 1014 Sangre 3+, glucosa 1+ proteínas
2+**

bilirrubina - Urobilina - Esterasa - Nitritos - .

Sedimento: 10-20 L/c, Hematíes 10-20 H/c

06

Pruebas complementarias



FROTIS NASAL

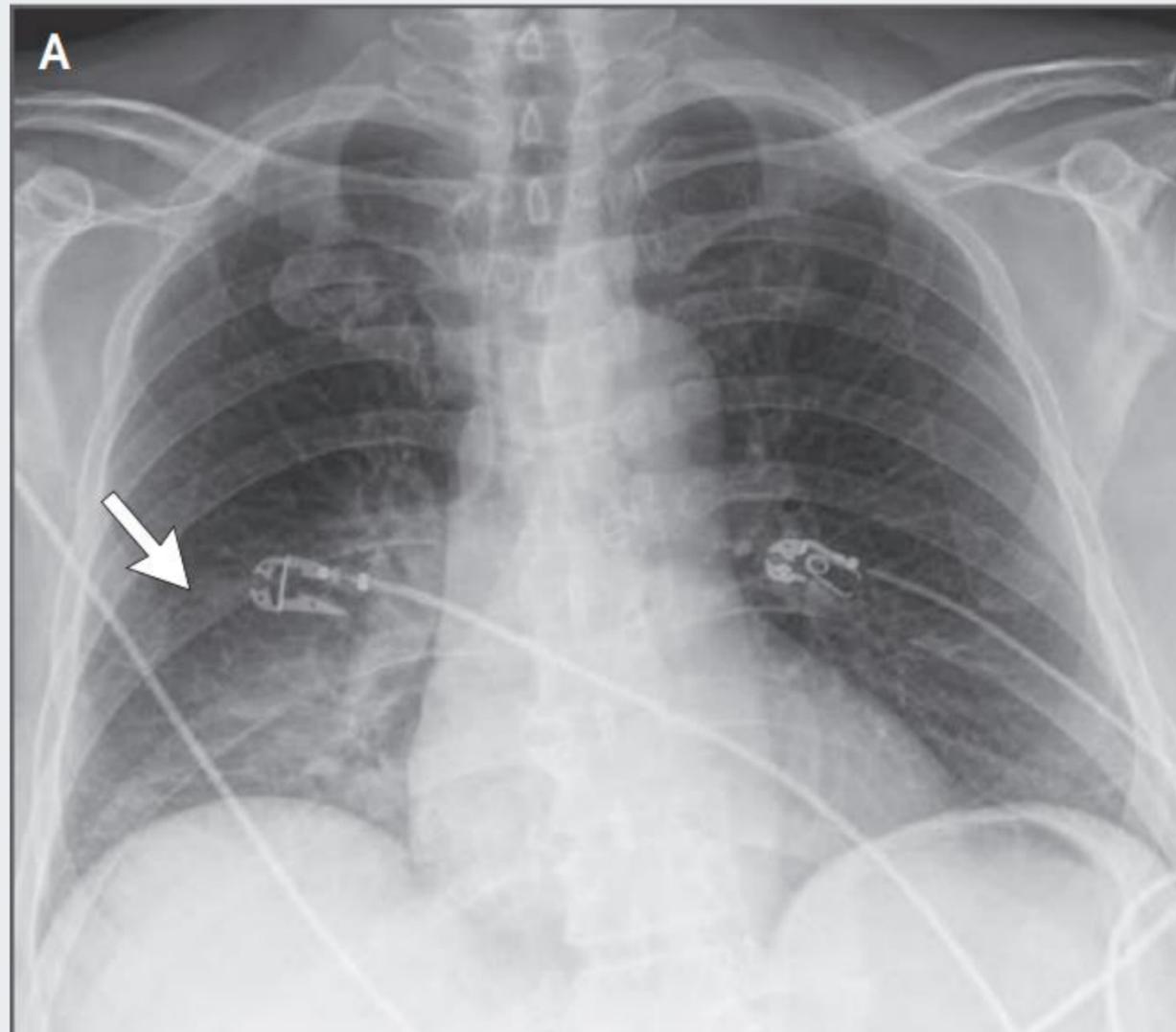
Para síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2, adenovirus, metapneumovirus humano, tipos de virus de la gripe A y B, virus de parainfluenza tipos

1 a 4, y virus sincitial respiratorio, así como Bordetella pertussis, B. parapertussis, Chlamydia pneumoniae y Mycoplasma pneumoniae.

NEGATIVOS.

06 Pruebas complementarias

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

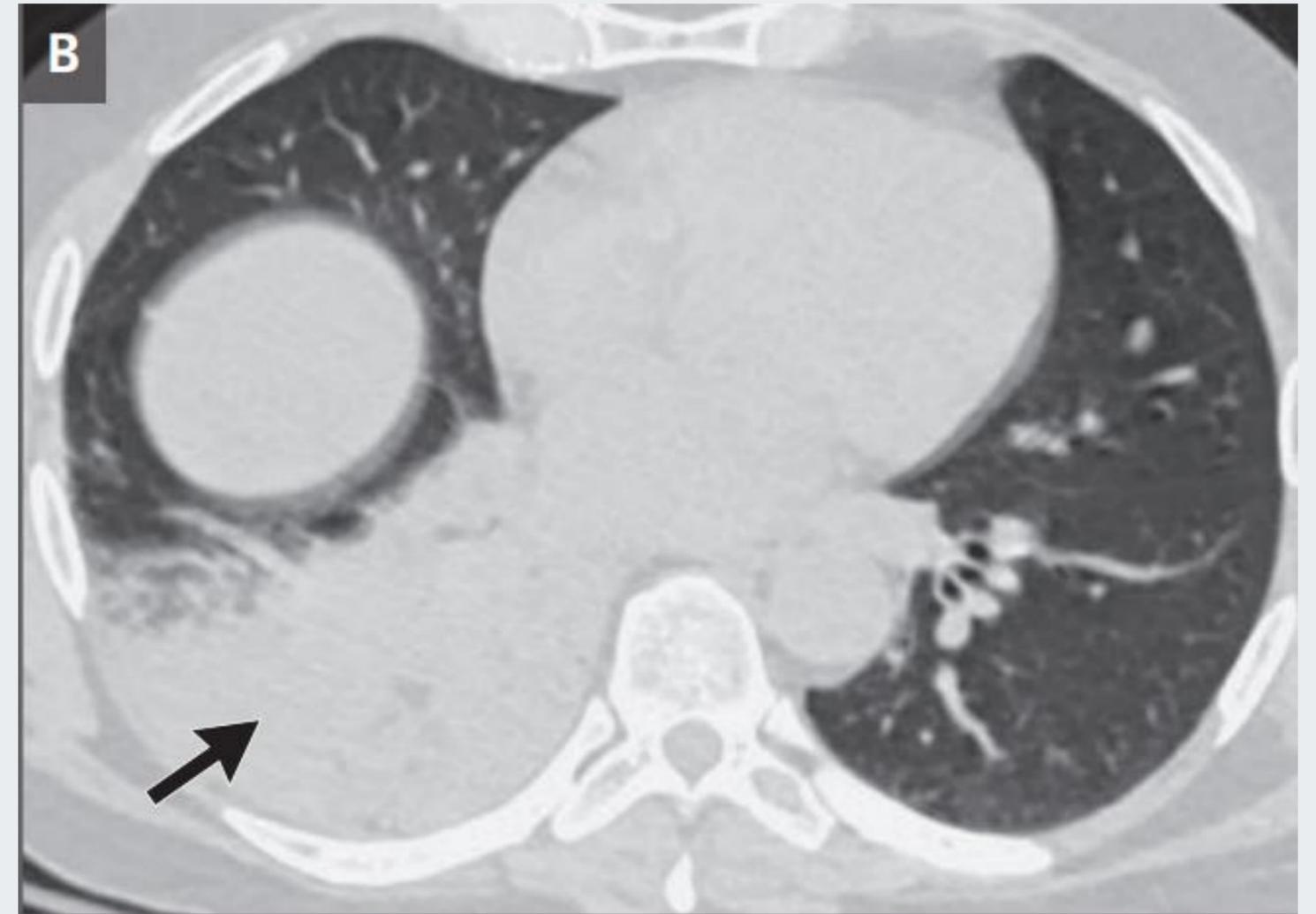


Consolidación en lóbulo inferior derecho (porque no borra el borde cardíaco). No pinzamiento de senos costofrénicos. Hilos normales. Mediastino y tráquea bien posicionados.

06 Pruebas complementarias

TAC

Un TAC toracoabdomino pélvico mostró consolidación en el lóbulo inferior derecho con mínima opacidad de vidrio delustrado adyacente. No había evidencia de linfadenopatía.



INGRESA



Se pautan sueros, insulina y gluconato de calcio.

Se inicia tratamiento con ceftriaxona intravenosa y azitromicina.

Tres horas después de la llegada del paciente, la **temperatura temporal aumentó a 38,2°C**. La **frecuencia respiratoria aumentó a 45 respiraciones por minuto**, y la **saturación de oxígeno disminuyó al 89%** mientras que el paciente respiraba aire ambiente.

Se intensifica la FiO2 y la saturación de oxígeno aumentó a 98%

Varón de 47 años, sin antecedentes médicos relevantes. Vive en condiciones precarias (nave rehabilitada).

Consulta por 6 días de cansancio, mialgias y alteraciones cognitivas progresivas (enlentecimiento del habla, dificultad para nombrar, discurso confuso).

A su llegada a urgencias, se encuentra confuso, taquicárdico, taquipneico, afebril. Exploración neurológica sin focalidad.

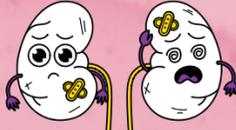
Auscultación y exploración general sin hallazgos relevantes.

3 horas después del ingreso:

- **Fiebre (38,2 °C)**
- **Desaturación a 89%**
- **Empeoramiento respiratorio (FR 45 rpm)**

➤ **Hematología y reactantes:** 

- Leucocitosis: 13.270/ μ L (neutrofilia marcada).
- VSG elevada (69 mm/h).
- PCR 220 mg/L y ferritina 5.064 ng/mL → inflamación sistémica intensa.
- Dímero D >10.000 → elevado riesgo trombótico/inflamatorio.

➤ **Función renal y iones:** 

- Insuficiencia renal aguda grave: urea 117 mg/dL, creatinina 13 mg/dL.
- Hiponatremia (Na 125 mEq/L), hiperpotasemia (K 6 mEq/L), hipocloremia (Cl 75 mEq/L).

➤ **Enzimas musculares y hepáticas:** 

- CPK: 28.581 U/L → rabdomiólisis masiva.
- GOT: 418 | GPT: 1272 → hepatocitólisis probable secundaria a daño muscular.
- LDH: 1.334 U/L → lesión tisular generalizada.

► **Gasometría arterial:**

- **Acidosis metabólica con compensación respiratoria.**
- **Anion gap elevado (41) →**
 - **Rabdomiólisis grave → libera ácidos orgánicos, fosfatos y otras toxinas musculares.**
 - **Insuficiencia renal aguda → acúmulo de ácidos no excretados (uremia).**
 - **Posible sepsis → puede generar acidosis láctica.**



► **Orina:**

- **Sistemático: sangre 3+, glucosa 1+, proteinuria 2+.**
- **Sedimento: hematíes y leucocitos.**

→ **probable daño tubular asociado a rabdomiólisis**

➤ **Panel microbiológico respiratorio:** 

- **Negativo para virus respiratorios comunes y bacterias atípicas.**

➤ **Imagen (TAC):**

- **Consolidación basal derecha con leve vidrio deslustrado → probable neumonía.**
- **No adenopatías ni hallazgos abdominales relevantes.**

Diagnóstico diferencial por aparatos integrando los síntomas guía

**SISTEMA
NERVIOSO
CENTRAL**

**SISTEMA
MUSCULOESQUE-
LÉTICO**

**SISTEMA
DIGESTIVO/HEPÁ-
TICO**

**SISTEMA
RESPIRATORIO**

SISTEMA RENAL

**SISTEMA
INMUNOLÓGICO/
HEMATOLÓGICO**

SNC

Síntomas: confusión, enlentecimiento, dificultad para seguir órdenes y nombrar.

- **Encefalopatía metabólica:**

Alteraciones metabólicas sistémicas que afectan al encéfalo, sin que exista daño estructural cerebral directo.

- **Uremia: por fracaso renal agudo (Cr 13).**
- **Trastorno hidroelectrolítico (hiponatremia: Na 125).**
- **Acidosis metabólica con AG elevado.**
- **Posible infección**

- **Encefalopatía séptica:**

Respuesta inflamatoria sistémica a una infección, sin que haya una infección directa del sistema nervioso central

- **Inflamación sistémica, incluso sin hipotensión marcada.**
- **PCR y ferritina extremadamente elevadas.**

SNC

Síntomas: confusión, enlentecimiento, dificultad para seguir órdenes y nombrar.

- **Infecciones SNC:**

- **Meningoencefalitis viral o bacteriana (menos probable por ausencia de fiebre inicial, cefalea, rigidez de nuca).**
- **Herpes , Listeria, enterovirus...aunque sin signos focales.**

- **Eventos vasculares agudos:**

- **Ictus, AIT, trombosis venosa cerebral → poco probable por examen neurológico normal.**

SNC

Síntomas: confusión, enlentecimiento, dificultad para seguir órdenes y nombrar.

- **Tóxicos/ambientales:**
 - **Exposición a tóxicos en el ambiente laboral o vivienda (nave rehabilitada):**
 - Posible intoxicación por disolventes, inhalantes o monóxido de carbono (aunque no tenemos datos objetivos de exposición).
 - **Drogas recreativas:** negó consumo reciente y sin signos de intoxicación aguda.

**Síntomas: disnea, taquipnea, hipoxemia,
consolidación en TAC.**

• **Neumonía atípica:**

Legionella pneumophila:

- **Síntomas sistémicos:** cansancio, mialgias, disnea, confusión y compromiso del estado mental, frecuentes en legionelosis.
- **Radiografía/TAC con consolidación lobar:** típica en neumonía por Legionella (lóbulo inferior derecho).
- **Alteraciones electrolíticas:** hiponatremia marcada (Na 125), frecuente en infección por Legionella.
- **Elevación de transaminasas (GOT 418, GPT 1272):** muy común en legionelosis.
- **Elevada PCR y ferritina:** marcadores de inflamación sistémica.
- **Gasometría con acidosis metabólica:** que puede reflejar compromiso sistémico grave.

**Síntomas: disnea, taquipnea, hipoxemia,
consolidación en TAC.**

El antecedente de vivir en una nave rehabilitada puede tener gran relevancia epidemiológica en el contexto de una sospecha de Legionella

El hecho de vivir en una nave rehabilitada, probablemente con instalaciones hídricas no controladas, es un factor de riesgo ambiental importante.

En las rehabilitaciones se pueden activar redes hídricas viejas o mal mantenidas.

**Síntomas: disnea, taquipnea, hipoxemia,
consolidación en TAC.**



- **El paciente recibió doble antibioterapia empírica, cubriendo Legionella.**
- **La mejoría parcial inicial con esta cobertura respalda la sospecha clínica.**

**Síntomas: disnea, taquipnea, hipoxemia,
consolidación en TAC.**

- **Neumonía atípica:**
 - **Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Coxiella burnetii (Q fever) → menos probable por CK y Cr tan elevados.**
- **Neumonía vírica:**
 - **COVID-19 (negativo), gripe A/B (negativo), VSR, parainfluenza → descartados por PCR.**
- **Tromboembolismo pulmonar (TEP):**
 - **Dímero D elevado (>10.000), taquipnea, hipoxemia → no datos sugestivos.**

MUSCULOESQUE LÉTICO

Síntomas: mialgias intensas, CK >

28.000

- Rabdomiólisis:

- **Infecciosa:** Legionella, gripe, enterovirus.
- **Tóxica/metabólica:** poco probable por ausencia de drogas recientes.
- **Miopatía hereditaria o canalopatía latente** → considerar por antecedentes familiares.
- **Autoinmune:** miopatía inflamatoria aguda o necrosante.

**Oligoanuria, creatinina 13, urea 117,
hipercalemia.**

RENAL

- Fracaso renal agudo secundario a rabdomiólisis → necrosis tubular aguda.
- Nefritis aguda infecciosa o tóxica.
- Enfermedad renal preexistente desconocida (menos probable por paciente sin antecedentes y joven).

DIGESTIVO HEPÁTICO

GPT 1272, GOT 418, LDH
1334.

- Citólisis hepática por sepsis o tóxicos.
- Rabdomiólisis.
- Hepatitis vírica: no sugerida por cuadro clínico, ni signos de ictericia o colestasis.

Leucocitosis, VSG, PCR, ferritina muy elevadas, sin anemia ni trombocitopenia.

IMNUNOLÓGICO
HEMATOLÓGICO

- Síndrome inflamatorio sistémico: por infección.
- Síndrome hemofagocítico / HLH: ferritina >5000 , LDH elevada, aunque sin pancitopenia ni hepatoesplenomegalia.

HERMANA

- Presenta un síndrome raro, que combina:
 1. **Alteraciones musculares (miopatía nemalínica).**
 2. **Alteración autoinmune (Sjögren).**
 3. **Disfunción renal tubular (ATR).**
 4. **Enfermedad hematológica (anemia de Fanconi).**
 5. **Miocardiopatía.**
- Esto sugiere una enfermedad genética con afectación multiorgánica, potencialmente con herencia recesiva o ligada a mutaciones de novo, que podría ser compartida por el paciente, aunque no haya sido diagnosticado previamente.
- Por tanto, el paciente –aunque sin antecedentes personales conocidos– podría compartir predisposición genética o incluso un trastorno metabólico o mitocondrial subclínico, que haya descompensado ante una infección.

AUTOINMUNES GENÉTICAS

- El cuadro clínico actual del paciente puede representar una expresión incompleta o tardía de un trastorno hereditario compartido con su hermana, probablemente con base en una de las siguientes:
 - **Podría tener un componente genético:** herencia familiar de miopatía nemalínica en su hermana sugiere posibilidad de miopatía hereditaria de inicio adulto, descompensada por infección o toxinas.
 - Aunque él no tenía antecedentes de miopatía, el debut puede ser tardío, sobre todo en portadores heterocigotos con mutaciones leves o moduladas epigenéticamente.

**AUTOINMUNES
GENÉTICAS**

Rabdomiolisis + insuficiencia renal aguda + estado confuso en el paciente

Estas alteraciones pueden deberse a:

- **Miopatía subyacente no conocida (hereditaria):** exacerbada por fiebre o infección leve.
- **Acidosis tubular renal oculta o debutante** → explicaría el anion gap elevado, hiponatremia, hipercaliemia, y alteraciones urinarias.
- **Encefalopatía metabólica** secundaria a la acidosis y uremia.

**AUTOINMUNES
GENÉTICAS**

**Vulnerabilidad a infecciones / disfunción
inmunitaria**

Una disfunción inmunológica familiar podría predisponerlo a complicaciones graves ante infecciones leves.

**AUTOINMUNES
GENÉTICAS**

Síndrome mitocondrial / enfermedad sistémica no diagnosticada

Algunas enfermedades como:

- **Enfermedades mitocondriales o trastornos del metabolismo muscular** (ej. defectos de la beta-oxidación).
- **Síndromes hereditarios complejos** (ej. mutaciones en genes como TP53, SBDS, POLG, etc.)

Pueden explicar el espectro clínico tanto del paciente como de su hermana.

Pruebas a solicitar

- **Antígenos en orina.**
- **Hemocultivos.**
- **Punción lumbar.**
- **Orina de 24 horas con ACRO.**
- **Analítica completa con autoinmunidad.**
- **Serologías.**
- **Si fuera necesario un estudio genético y metabólico.**

Conclusiones

La neumonía por Legionella es una causa a tener en cuenta.

En los casos graves:

Manifestaciones clínicas más frecuentes: fiebre alta, tos no productiva, disnea, mialgias, malestar general, cefalea y confusión.

En el laboratorio: leucocitosis con desviación izquierda, elevación marcada de reactantes de fase aguda (como PCR y VSG), hiponatremia (frecuente y multifactorial), elevación de transaminasas, hematuria y proteinuria.

Conclusiones

La neumonía por Legionella es una causa a tener en cuenta.

En los casos severos:

Puede presentarse: rabdomiolisis con elevación significativa de CK, lo que incrementa el riesgo de insuficiencia renal aguda y necesidad de diálisis.

En algunos pacientes, se ha documentado síndrome de Fanconi adquirido con alteraciones electrolíticas múltiples.

Conclusiones

La Legionella es una causa a tener en cuenta. Sin embargo, la severidad de la rabdomiólisis, la insuficiencia renal y la acidosis metabólica sugieren que probablemente haya un sustrato miopático y metabólico genético subyacente en este paciente, con la Legionella como factor precipitante o coinfección.

LOS ANTECEDENTES FAMILIARES SUGIEREN UNA BASE GENÉTICA O ESTRUCTURAL QUE PREDISPONE AL PACIENTE A UNA DESCOMPENSACIÓN GRAVE ANTE ESTRÉS MENOR.



Torre de Hércules

CASO CLINICO 11-6-2025

Luis Quiroga Prado

Paloma Gandara

Síndrome completo,

- Adulto joven con Cuadro febril agudo, fatiga, mialgias
- Estado confusional
- Insuficiencia respiratoria aguda, Neumonía
- Rabdomiólisis
- Fallo renal
- Hiponatremia, HiperK, Acidosis metabólica

DD: Rabdomiólisis + Neumonía

Rabdomioslisis sin esfuerzo

- Tóxicos: Alcohol, metales pesados, suplementos, como creatina, efedrina y cafeína (a menudo coadyuvanes a calor, deshidratadicion,)
- Farmacos: estatinas (no constan en historia)
- Alteraciones electrolíticas (hiponatremia)
- Endocrinopatias (disfunción tiroidea, aldosterona)
- Miopatías inflamatorias
 - Dermato-polimiosistis: no dermatopatía
 - Síndrome antisintetasa; no daño estructural pulmonar característico: bronquiectasias, vidrio delustrado, reticulacion, fibrosis
 - Miopatía por inclusión
 - Miopatía necrotizante inmunomediada (estatinas, conectivopatias, virus)
 - Sjogren: raro

DD: Rabdomiólisis + Neumonía

Miopatías congénitas: nemalinica:

- trastorno genético raro
- Afectación fibra muscular delgada
- Presentación infantil
- Puede haber presentación tardía con evolución a atrofia.
- Debilidad muscular simétrica bulbar y axial
- No elevación CK
- Puede asociarse a GMSI

DD: Neumonía no convencional + Rabdomiolisis

(adulto mayor con condiciones coexistentes y clínica característica: fiebre, disnea, tos y dolor torácico, desaturación)

Cuadro muy agudo con rabdomiólisis

Infección viral, fúngica, bacteriana: pueden causar rabdomiolisis

- Gripe: test negativo (falso negativo?)
- VIH: rabdomiólisis en casos raros. (serología)
- Aspergillus: puede causar rabdomiólisis, curso más subagudo, no factores de riesgo (inmunosupresión, enfermedad pulmonar crónica). TAC poco compatible
- Estreptococo y legionella: rabdomiólisis, más frecuente en legionella.
 - Compatible curso muy agudo
 - Estado inflamatorio: leucocitosis, linfopenia, Reactantes: VSG > 90 mm ; PC-reactiva >180 mg, Ddímero, microhematuria, hipertransaminasemia, hiperferritinemia, LDH
 - Hiponatremia: Compatible con legionella

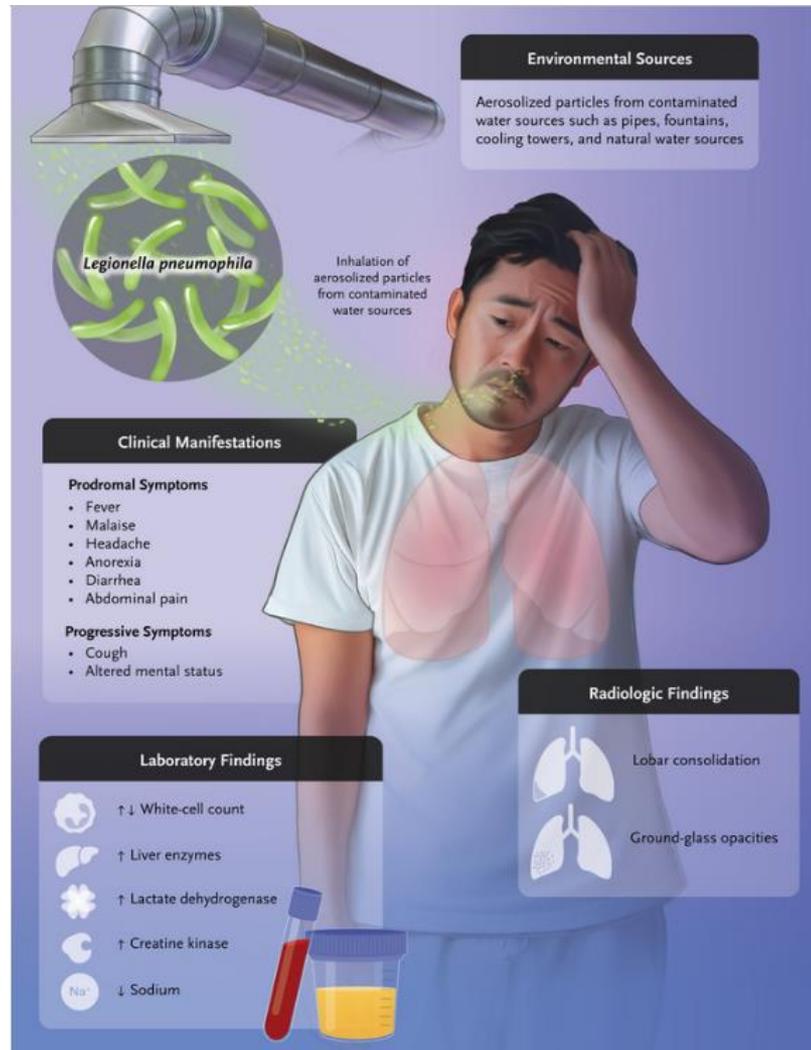
DIAGNOSTICO

- DCO neumonía: Recibe ceftriaxona y azitromicina empíricas (guía ATS)
- Se recibe Ag Urinario LEGIONELLA +

Cultivo esputo a 48 h, negativo (validez de la muestra?, requerimientos de laboratorio?)

DCO FINAL:

Infección de legionela complicada por rabdomiolisis.



EVOLUCION

- DCO neumonía, recibe ceftriaxona y azitromicina (guía ATS)
- DCO neumonía por Legionella
- QT prolongado: cambio azitromicina por doxiciclina, 1 día. Se cambia a Levofloxacino y se mantuvo 10 días atb
 - Recibió hemodiálisis de urgencia.
 - Un ecocardiograma transtorácico (ETT) en 2º días VI difusamente hipocinético sin anomalías regionales en la pared FEVI 37%. Recibió tratamiento con dinitrato isosorbide, hidralazina y metoprolol.
 - Su función renal se recuperó durante las siguientes 2 semanas,
- ETT repetida obtenida 11 día: recuperación completa de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo

Legionella pneumophila: microbiología

- Bacilo aeróbico, fastidioso, 50 especies, 70 serogrupos, omnipresente en el medio ambiente, con preferencia por hábitats cálidos de agua dulce. crece a temperaturas que van de 20° a 42°C
- Descrita en 1976 tras un brote de neumonía en Filadelfia
- NEUMONIA: 98% por *L. pneumophila* serogrupo 1. posibilidad formas no neumónicas (fiebre de Pontiac, autolimitada)
- Problema de salud pública. Consideración EDO
- Difícil de identificar en tinción Gram. Tiene una apariencia coccobacilo en esputo y tejido,
- Difícil de cultivar: requiere que el agar se complemente con hierro, cisteína y ketoglutarato, así como un pH bien controlado y carbón vegetal activado para eliminar los radicales tóxicos de oxígeno. La suplementación de atb para evitar el crecimiento excesivo de flora respiratoria típica (debe advertirse a laboratorio la posibilidad de legionella para que extremen la búsqueda)

Legionella pneumofila: dco-Tto

- Pruebas diagnosticas:

Prueba	Tipo de Especcímen	Sensibilidad	Especificidad
		<i>por ciento</i>	
Cultura	Sputum, lavado broncoalolar, tejido y sangre	20,95	100
Antígeno	Urine	60-95	99
PCR	Lovación esputo y broncoalveolar	70-95	95-99
Anticuerpo	Suero	20 y 70	95-99
Inmunofluorescencia	Sputum, lavado broncoalolar, tejido y sangre	20,50	99

Tto:

-tetraciclinas, macrólidos y fluoroquinolonas (difusión membrana celular).

Varios meta-análisis han demostrado que las fluoroquinolonas son equivalentes o superiores a los macrólidos

Los beta-lactamicos y aminoglucósidos no son efectivos

Algunos datos epidemiológicos

Factores de Riesgo

- instalaciones con aerosoles acuosos como torres de refrigeración, spas y sistemas de agua caliente de riesgo: brotes epidémicos
- Viajes internacionales
- Personas mayores, inmunocomprometidas o con enfermedades crónicas,
- Varones

Figura 1. Legionelosis, tasas de notificación por 100.000 habitantes según el año de inicio síntomas y el sexo España, años 2012 a 2021

Situación Actual de la Legionelosis España (2023)

Informes

AÑO 2022

Epidemiológicos

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEGIONELOSIS EN CASTILLA Y LEÓN.

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
3. RESULTADOS	4
3.1. Casos de legionelosis en personas probablemente expuestas en Castilla y León o sin exposición reconocida, pero con residencia en esta comunidad. Año 2022.	5
3.1.1. Resultados del año 2022	5

Declaración Obligatoria

Situación Actual de la Legionelosis (2023)

- 2.294 casos L pneumofila - (288,000 neumonías en España, 2023)
- Tasa de notificación de 4,66/ 100.000 habitantes - (3,4/1000 h)
 - Hombres (6,53/100.000 H
 - Mujeres (2,83/100.000 H
- Mediana de edad:
 - 65 años en hombres
 - 69 años en mujeres

Situación Actual de la Legionelosis Castilla y León (2022)

- 69 casos de Legionelosis en Castilla y León
- 2,64 /100.000 habitantes
- 4 casos importados en otras Comunidades Autónomas

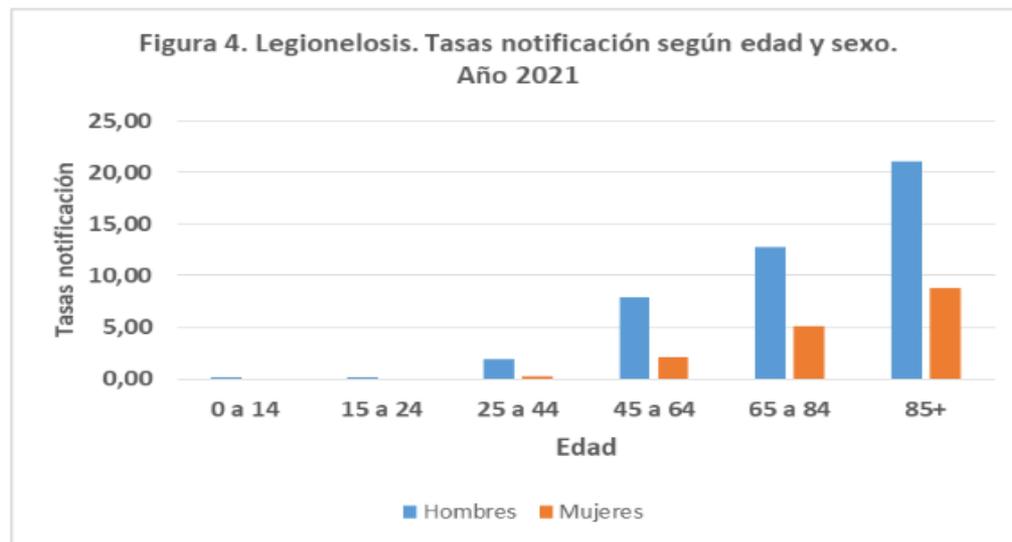
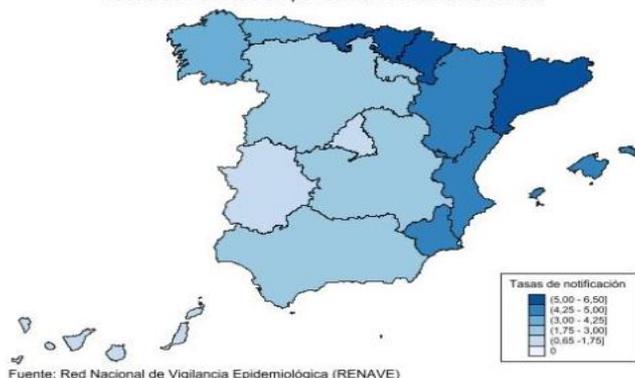


Figura 9. Legionelosis en Castilla y León. Tipo de presentación de los casos. Años 2013-2022.

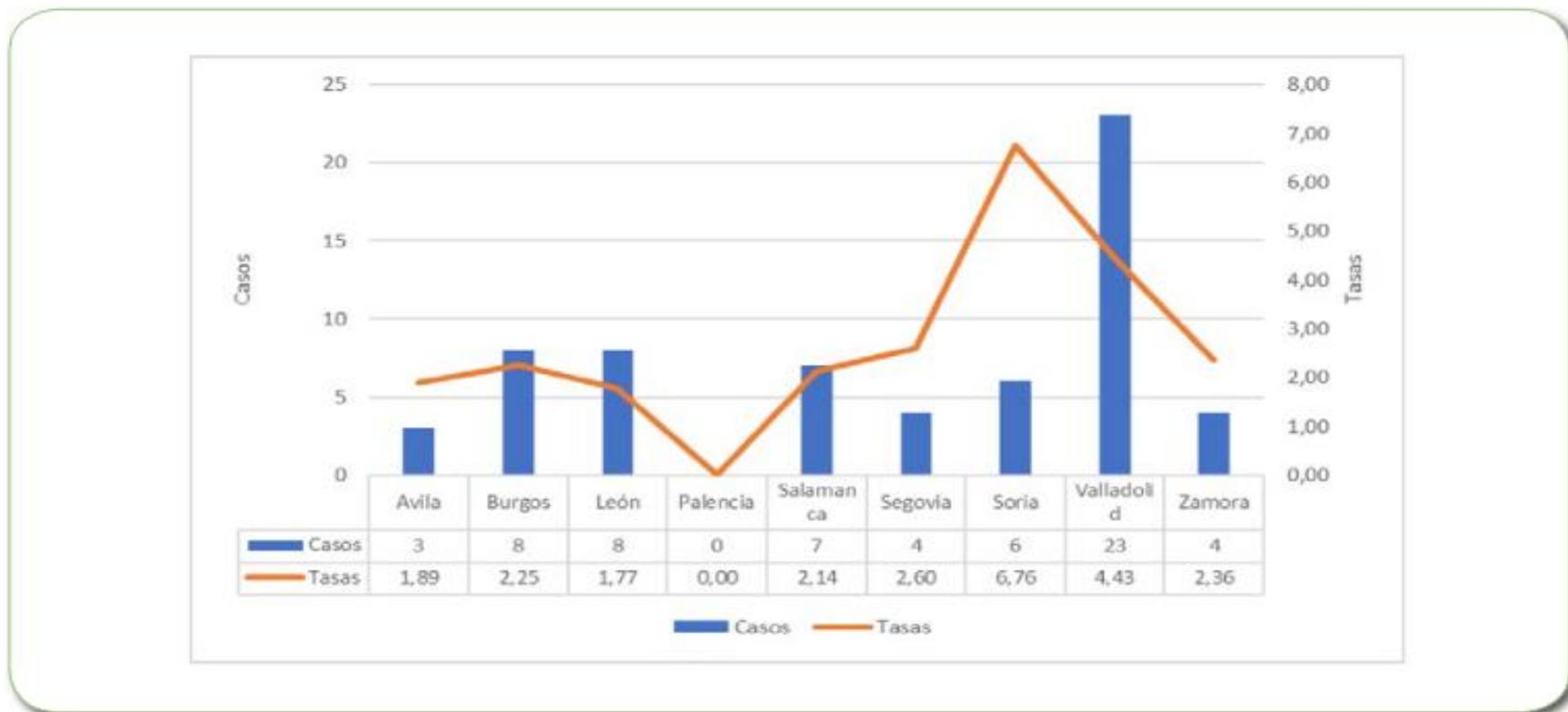


Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España 2021. Tasas de notificación por comunidades autónomas.



Legionelosis, castilla y león, provincias

Figura 2. Distribución de los casos y tasa por provincias. Legionelosis. Año 2022.



Situación Actual de la Legionelosis: brotes epidémicos

Tabla 4. Brotes de Legionelosis. Casos y evolución según el lugar de presentación. Años 2000-2022.

Ámbito	Nº brotes	Nº casos	Hospitalizados	Media Tamaño brotes	Defunciones	Letalidad (%)
Balneario	1	2	2	2	0	-
Comunitario	5	27	26	5,4	0	-
Nosocomial	2	5	5	2,5	1	20,00%
Relacionados con viajes *	7	16	15	2,3	0	-
Residencia de personas mayores	2	7	7	3,5		
Total	17	57	55	3,5	1	1,75%

17 brotes en 22 años (ninguno en últimos 4 años)

Pequeño tamaño (3,5 casos)

Comunitarios y en relación con viajes

Baja mortalidad

Situación Actual de la Legionelosis: patrón estacional

Figura 3.b. Legionelosis. Casos según mes inicio síntomas SIN antecedente viaje. Año 2021 y mediana de 2016-2020

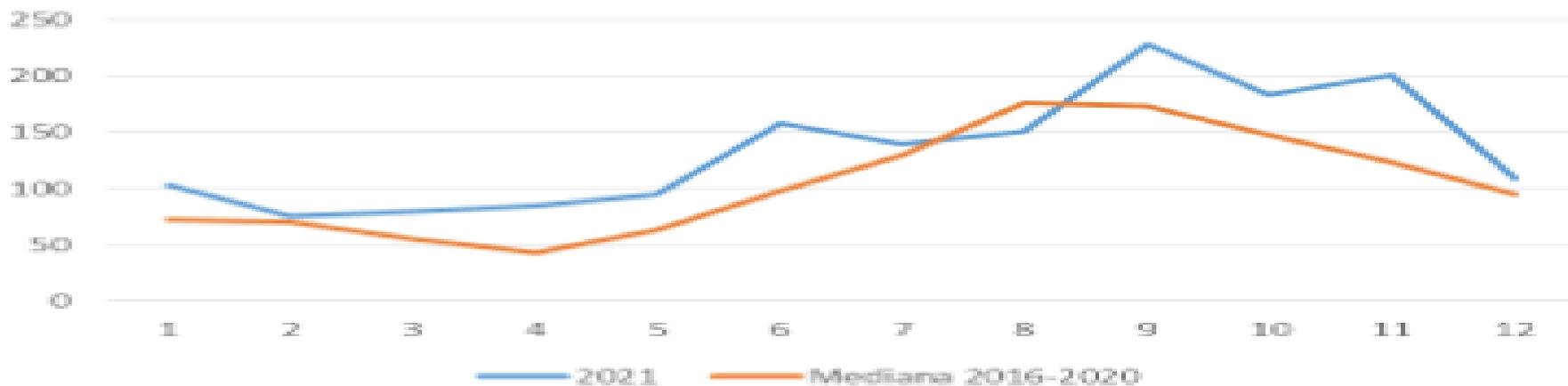
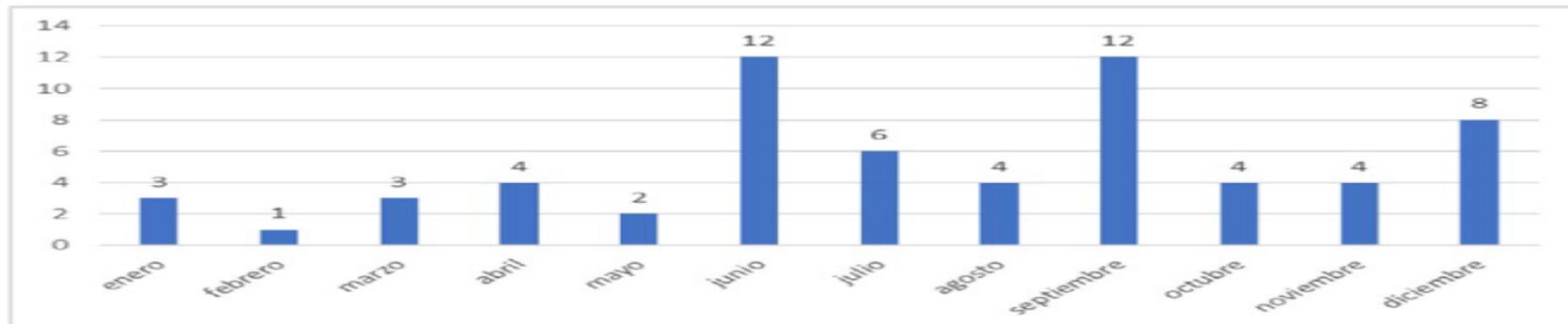


Figura 3.- Legionelosis en Castilla y León. Año 2022. Distribución temporal.



Situación Actual de la Legionelosis: tendencia

- Incremento anual, con un aumento del 13% en 2023 respecto a 2022

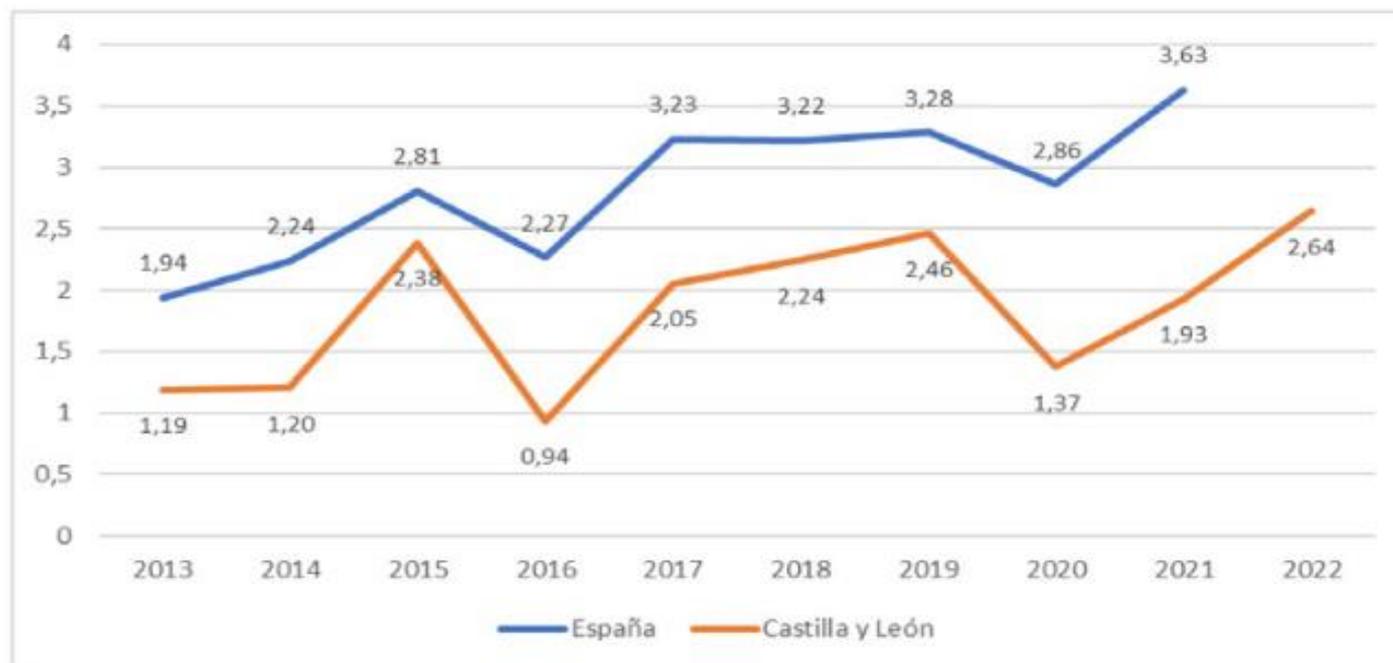


Figura 1. Incidencia de Legionelosis en España y Castilla y León (tasas por 100.000 habitantes). Años 2013-2022.

Conclusiones L. Pneumophila

- No muy frecuente
- Infección adultos, predominio varones, edad madura-avanzada
- Predisposición: inmunosupresión o exposición ambiental
- Presentación esporádica, menos frecuente en brotes
- Predominio otoño
- Tendencia creciente
- Tasas en Castilla y León menor que en España
- Baja mortalidad (2021: letalidad España 6,9%; UE 8,4%)

- FIN y gracias