

de controversia. La mayoría de los estudios demuestran que los corticosteroides no aportan beneficio (10). Sin embargo, se ha planteado que los mecanismos patogénicos implicados en el desarrollo del distrés asociado a la infección por *Mycoplasma* serían diferentes, lo que justificaría el empleo de corticoides (6). En el caso que presentamos hay que destacar la buena evolución con antibioterapia, no siendo precisa la asociación de metilprednisolona.

Para concluir, a pesar de su infrecuencia, es posible el desarrollo de un SDRA en el seno de una neumonía por *M. pneumoniae* por lo que debemos tenerlo presente a fin de tomar las medidas terapéuticas apropiadas. Por último, citar que no hallamos relación entre el caso clínico comentado y la positividad de ANAS.

M. Iglesias Caamaño, L. Fernández Hernández, J. Campos Franco, F. L. Lado Lado

Servicios de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña

- Gómez Seijo A, Castro Orjales MJ. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y síndrome de distrés respiratorio del adulto. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 505-6.
- Blasco Patiño F, Pérez Maestu R, López de Letona JM. Mecanismos de enfermedad en la infección por *Mycoplasma pneumoniae*. Manifestaciones clínicas y complicaciones. *Rev Clin Esp* 2004; 204: 365-8.
- Lee I, Kim TS, Yoon H-K. *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia: CT features in 16 patients. *Eur Radiol* 2006; 16: 719-25.
- Chiner E, Signes Costa J, Andreu AL, Andreu L. Neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*: una rara causa de distrés respiratorio del adulto. *An Med Interna (Madrid)* 2003;20: 597-8.
- Reittner P, Müller NL, Heyneman L, Johkoh T, Park JS, Lee KS, Honda O, Tomiyama N. *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia: Radiographic and high resolution CT features in 28 patients. *AJR* 2000; 174: 37-41.
- Radisic M, Torn A, Gutierrez P, Defranchi HA, Pardo P. Severe acute lung injury caused by *Mycoplasma pneumoniae*: potencial role for steroid pulses in treatment. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1507-11.
- Garro B, Garre M, Quiot JJ, Boles JM, Becq-Giraudon B, Chenebault JMI. Les aspects des infections a *Mycoplasma pneumoniae*. *Presse Med* 1988; 17: 1475-8.
- Marrie TJ. *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia requiring hospitalization with emphasis on infection in the elderly. *Arch Intern Med* 1993; 153: 488-94.
- Boerma WG, Daniels JMA, Löwenberg A, Boeve WJ, Van de Jagt EJ. Reliability of radiographic findings and the relation to etiologic agents in community-acquired pneumonia. *Respiratory Medicine* 2006; 100: 9276-32.
- Bernard GR, Luce JM, Sprung CL, Rinaldo JE, Tate RM, Sibbald WJ. High dose corticosteroids in patient with the adult respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1987;317: 1565-70.

Duración de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad

Sr. Director:

El mantenimiento de la eficacia del tratamiento antirretroviral sigue siendo motivo de estudio porque, a pesar del número creciente de opciones terapéuticas, aún no es posible suprimir por completo la replicación del virus de la inmunodeficiencia humana, lo que condiciona que en un determinado momento se produzca el fracaso virológico (1).

Por otra parte, los tratamientos antirretrovirales pueden no ser bien tolerados y en ocasiones son dificultosos en su día a día, por lo en múltiples casos se tienen que interrumpir por motivos no relacionados con la eficacia de los fármacos.

Por todo esto, hay que diferenciar el fracaso virológico del fracaso terapéutico, que comprende el fracaso virológico y todas las otras causas que obliguen a suspender un tratamiento antirretroviral y sustituirlo por otro, que fundamentalmente son la mala tolerancia a los fármacos, los efectos adversos que pueden originar y el número elevado de tomas o de comprimidos por toma (2).

La duración media de cada combinación de antirretrovirales ha sido analizada en diversos estudios y oscila entre algo menos de 12 meses y casi dos años (3-6). La duración del primer tratamiento suele ser algo más prolongada que los sucesivos tratamientos (4,6,7). Habitualmente el tipo de combinación de antirretrovirales no influye en la duración del tratamiento (3,4,6), aunque hay resultados contradictorios con esta hipótesis (8).

Decidimos efectuar un estudio retrospectivo analizando la durabilidad del primer tratamiento antirretroviral de gran actividad, en una consulta monográfica de un hospital del grupo 2, desde el año 1998. Analizamos las combinaciones, causas de cambio del tratamiento y duración de los distintos regímenes. Obviamente se incluyeron exclusivamente los casos en los que se había precisado cambiar el primer tratamiento.

Presentamos los resultados de 16 enfermos, 13 varones (81%) y 3 mujeres, de edades entre 26 y 62 años, con una edad media de 38 años. Para su análisis separamos las combinaciones que incluían un inhibidor de proteasa, asociado a dos análogos de nucleósido, de las que comprendían dos análogos de nucleósido asociados a un no análogo de nucleósido y tres análogos de nucleósido respectivamente.

Grupo 1: 1) zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir/ritonavir: 2 pacientes. 2) AZT + 3TC + nelfinavir: 2 pacientes; 3) estavudina (d4T) + 3TC + lopinavir/ritonavir: 1 paciente; 4) d4T + lamivudina + nelfinavir: 2 pacientes.

En total se habían incluido 7 pacientes con pautas que incluían un inhibidor de la proteasa. La duración media de éstos tratamientos fue de 36 meses. Las causas de cambio del tratamiento fueron en dos casos por fracaso virológico (28,5%) y en 5 casos por otras causas como eran la toxicidad, incomodidad, falta de adherencia al tratamiento, etc. (71%).

Grupo 2: 1) AZT + 3TC + efavirenz: 2 pacientes; 2) AZT + 3TC + nevirapina: 2 casos; 3) d4T + 3TC + efavirenz: 1 caso; 4) d4T + 3TC + nevirapina: 1 caso.

En total se habían incluido 6 casos, con pautas que incluían un no análogo de nucleósido. La duración media de éstos tratamientos fue de 46 meses. Las causas de cambio del tratamiento fueron por fracaso virológico en 4 casos (66,6%) y por otras causas en 2 pacientes (33%).

Grupo 3: 1) AZT + 3TC + abacavir: 3 casos. La duración media de éste tratamiento fue de 38 meses y las causas de cambio de tratamiento fueron fracaso virológico en dos casos (66,6%) y por otras causas, un paciente.

Como resumen de nuestro pequeño estudio, podemos decir que la duración de la primera pauta de tratamiento fue más prolongada en las pautas que no incluían un inhibidor de la proteasa, aunque las causas del cambio de tratamiento no se debían en los pacientes que recibían dicho tratamiento al fracaso virológico, sino a toxicidades, incomodidad, etc. con la consiguiente falta de adherencia.

La duración media de nuestra primera pauta de tratamiento en este grupo de 16 pacientes, fue de 40 meses, mucho más prolongada que la objetivada en los estudios publicados en España.

Hay que recordar, que no incluimos en el estudio, pacientes que hubieran recibido en la era Pre-TARGA otros tratamientos antirretrovirales, por lo tanto, nuestros pacientes posiblemente tuvieran previamente un menor número de mutaciones de resis-

tencia lo que puede haber permitido una mayor durabilidad del primer tratamiento antirretroviral.

F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño, S. Casallo Blanco, P. del Valle Loarte, A. Herrero Domingo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

- Zhang L, Ramratnam B, Tenner-Racz K, He Y, Vesanen M, Lewin S, et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999; 340: 1605-13.
- Paredes R, Clotet B. Duración de las combinaciones de fármacos antirretrovirales. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 696-7.
- Martínez JM, Sánchez-Rubio J, Ontañón A, Ibáñez N, Montojo C. Estudio de la durabilidad de los regímenes antirretrovirales triples. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 693-95.
- Palella FJ Jr, Chmiel JS, Moorman AC, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Durability and predictors of success of highly active antiretroviral therapy for ambulatory HIV-infected patients. *AIDS* 2002; 16: 1617-26.
- Chen RY, Westfall AO, Mugavero MJ, Cloud GA, Raper JL, Chatham AG, et al. Duration of highly active antiretroviral therapy regimens. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 714-22.
- Arribas López JR, Sanz Baena S, Hernández Albuja S, Lorenzo Hernández A, Montes Ramírez ML, Palacios Muñoz R, et al: Grupo de Estudio VIH-VIR+. Estudio epidemiológico retrospectivo sobre la duración del tratamiento de la infección por VIH o SIDA en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 721-4.

- Paredes R, Mocroft A, Kirk O, Lazzarin A, Barton SE, Van Lunzen J, et al. Predictors of virological success and ensuing failure in HIV-positive patients starting highly active antiretroviral therapy in Europe: Results from the EuroSIDA study. *Arch Intern Med* 1999; 131: 81-7.
- Robbins GK, De Gruttola V, Shafer RW, Smeaton LM, Syder SW, Petinelli C, et al. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-infection. *N Engl J Med* 2003; 349: 2293-303.

Listeriosis en el adulto

Sr. Director:

Hace años publicamos en su revista una revisión sobre listeriosis en adultos en nuestro hospital mostrando las características clínicoepidemiológicas y terapéuticas de 10 casos entre Enero de 1991 y diciembre de 2002 (1). En el resumen final considerábamos que su incidencia aumentaría a lo largo de los años en relación con el envejecimiento de la población y por el incremento y mayor esperanza de vida de los pacientes inmunodeprimidos.

Con la misma metodología quisimos evaluar lo sucedido entre Enero de 2003 y diciembre de 2006. Se hallaron 10 casos en estos 4 años cuyas principales características se describen en la tabla I. Como se objetiva la mayoría de pacientes de esta serie presentan factores predisponentes, no encontrándose ningún caso en embarazadas o pacientes VIH. Las formas clínicas de presentación más frecuentes fueron la sepsis primaria y la meningitis, desta-

TABLA I

Caso	Edad/Sexo	Fecha	Factores Predisponentes	Presentación	Cultivo	Tratamiento	Evolución
1	61/mujer	febrero 2003	Síndrome nefrótico Diabetes tipo 2 Corticoides e inmunosupresores	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
2	69/mujer	mayo 2003	Diabetes tipo 2 PTI Corticoides e inmunosupresores	Fiebre Síndrome meníngeo	Sangre LCR Orina	Ampicilina Gentamicina	Exitus
3	83/mujer	marzo 2004	Linfoma no Hodgkin	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
4	43/mujer	agosto 2004	Enfermedad de Crohn Corticoides e inmunosupresores	Fiebre Síndrome meníngeo	LCR	Trimetoprin Sulfametoxazol	Favorable
5	71/varón	octubre 2004	Carcinoma epidermoide de laringe. Diabetes tipo 2	Endoftalmitis	Ojo	Ciprofloxacino Enucleación	Favorable
6	71/varón	octubre 2004	Linfoma no Hodgkin Corticoides	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
7	65/mujer	agosto 2005	Ninguno	Fiebre Síndrome meníngeo	LCR	Ampicilina	Favorable
8	73/varón	agosto 2005	Insuficiencia renal crónica	Fiebre	Sangre	Ceftriaxona	Exitus
9	82/mujer	febrero 2006	Adenocarcinoma metastásico	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
10	72/varón	septiembre 2006	Cirrosis hepática Hepatocarcinoma Diabetes tipo 2	Fiebre	Sangre Líquido pleural	Ampicilina	Exitus

PTI: Púrpura trombocitopénica idiopática.