NEUMONÍA VARICELOSA CON AFECTACIÓN RESPIRATORIA SEVERA TRATADA CON VENTILACIÓN MECÁNICA

C. Ortiz Descane, F. Arribas Fernández, M. Salmerón Álvarez, C. Sánchez García, B. Sánchez González, P. Rivas Ullán.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General "San Pedro de Alcántara".

Complejo Hospitalario de Cáceres.
Cáceres.

Sr. Director:

La varicela es una enfermedad infantil, generalmente de curso benigno y autolimitado. Sin embargo, en los adultos puede presentar complicaciones severas, siendo la más grave la neumonía varicelosa que, aunque rara en pacientes inmunocompetentes, presenta una incidencia entre un 5 y un 50%, según distintas series [1]. Es más frecuente en mujeres jóvenes, sobre todo en aquellas que mantuvieron algún tipo de contacto con niños infectados [2], y en pacientes fumadores, bronquíticos, mujeres embarazadas y enfermos inmunodeprimidos [3]. Suele instaurarse una semana después de la aparición del enantema y de las típicas lesiones cutáneas (vesículas, pústulas y costras). Su curso clínico es variable, siendo habitualmente controlada en plantas de hospitalización general, aunque un limitado número de casos desarrolla un fracaso respiratorio agudo que obliga a su ingreso en Unidades de Medicina Intensiva para ser sometidos a ventilación mecánica. Se ha comprobado que existe una mayor incidencia de hipoxemia severa en los grupos de riesgo anteriormente citados (4).

Presentamos el caso de un varón de 34 años, fumador de 40 cigarrillos/día, epiléptico e hipercolesterolémico. No tenía antecedentes de alergias, viajes recientes al extranjero, contacto con animales, medicación inmunodepresora, ni de consumo de drogas. Diez días antes del ingreso tuvo un contacto ocasional con un niño de 6 años afecto de varicela, pero este se produjo 24 horas antes de que al pequeño le apareciese la típica erupción cutánea.

Acude a Urgencias de nuestro hospital por presentar un exantema variceliforme de tres días de evolución. Es dado de alta a su domicilio y, 48 horas más tarde, vuelve porque a su sintomatología previa se le habían añadido: fiebre, cefalea, quebrantamiento del estado general, tos seca con emisión de algunos esputos hemoptoicos y disnea progresiva. La gasometría en sangre arterial mostró una hipoxemia severa (pO2 de 38 mm de Hg, pCO2 de 48 mm de Hg y pH de 7,20) por lo que se indicó su ingreso en la UCI. En la exploración física apreciamos lesiones cutáneas consistentes en abundantes vesículas, pústulas y costras, en estadios evolutivos diferentes, que afectaban a cara, cuello, tronco y extremidades, respetando las palmas de las manos y las plantas de los pies. Además sufría una disnea intensa y sus partes acras dibujaban una cianosis franca. A la auscultación pulmonar se apreciaban crepitantes bibasales y la radiografía de tórax mostraba un infiltrado retículonodular bilateral, más acusado en ambas bases pulmonares.

Dada su situación clínica y gasométrica, tras intubación orotraqueal, fue sometido a ventilación mecánica, llegando a precisar inicialmente una Fi O2 de 1 y una PEEP de 10 cm de H2O, para mantener unas SO2 y pO2 aceptables.

El estudio complementario nos mostró una trombocitopenia, un incremento de las transaminasas hepáticas y de LDH. Por lo demás, el resto de los datos analíticos (hemograma, estudio bioquímico, coagulación y orina) fueron rigurosamente normales. Los anticuerpos IgG e IgM antivaricela – zoster en el suero, fueron el primero

NEUMOSUR, 2000; 12, 4: 229-231

Correspondencia:
Dr. P. Rivas Ullán.
UCI. 2ª Planta. Hospital General . "San Pedro de Alcántara".
Avenida de Millán Astray, s/n.
10003 Cáceres.

Fig. 1. Paciente con neumonía por varicela.

Fig. 2. Lesiones cutáneas del tronco.

normal (índice de 0,9) y el segundo indeterminado (índice de 1,10). No nos fue posible, para detectar infección reciente, determinar a las 2 semanas los anticuerpos IgG, ni repetir los IgM. Los estudios microbiológicos en BAS, sangre y orina fueron negativos, así como la reacción de Mantoux.

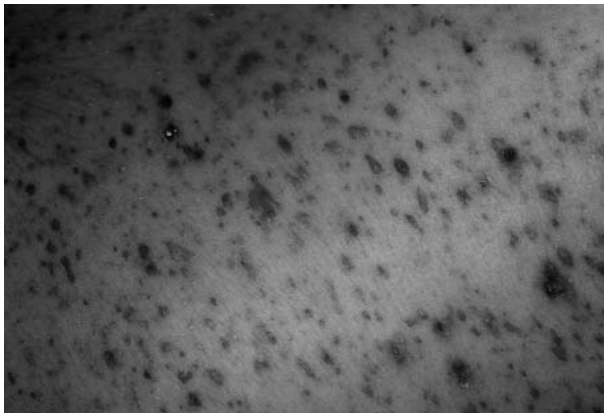

Fig. 3. Detalle de los distintos estadios evolutivos de las lesiones.

Tomando como bases para el diagnostico los datos epidemiológicos (contacto con un niño con varicela –el contagio en personas susceptibles se puede producir hasta 48 horas antes de la aparición de la erupción cutánea–) y clínicos, nos permitieron, lo que es generalmente aceptado dada la tipicidad del cuadro, diagnosticar al paciente de varicela.

En cuanto a la afectación pulmonar, la exclusión de otras neumonías comunitarias en sujetos inmunocompetentes, el cuadro clínico y el patrón radiológico de infiltrado retículonodular bilateral, todo en el contexto clínico y epidemiológico de una varicela, nos permitió asumir el diagnostico etiológico de la neumonía.

El tratamiento, aparte del manejo general y respiratorio del paciente, de las medidas y cuidados precisos, de un correcto control de líquidos e iones y de un aporte nutricional enteral adecuado, consistió en la administración de Aciclovir por vía i.v., a dosis de 750 mg cada 8 horas, desde el momento del ingreso. Además, a las 48 horas, ante la sospecha de sobreinfección cutánea por la aparición de una hipertermia de 39º C, añadimos una cefalosporina por vía sistémica.

La evolución del enfermo fue muy buena: al 6º día del ingreso en UCI, tras SIMV, se inicia el "destete" con muy buena tolerancia. Veinticuatro horas más tarde es extubado con éxito. Tanto las plaquetas como las transaminasas se fueron progresivamente normalizando, hasta alcanzar niveles séricos normales. Al 9º día fue derivado al Servicio de Neumología.

El agente causante de la varicela – zoster (VVZ) es un virus ADN bicatenario de la familia *Herpesviridae*, que presenta un claro tropismo cutáneo. Es el responsable tanto de la varicela como del zoster.

Las lesiones más características de la varicela son las que afectan a la piel y mucosas. Son tan típicas que resulta difícil errar en el diagnóstico (fig. 1, 2 y 3),

máxime si además contamos con el dato epidemiológico de un contacto previo con un sujeto afecto por la infección.

La neumonía por varicela, en adultos inmuno-competentes, suele aparecer del tercero al séptimo día del curso de la enfermedad y, generalmente, coincide con el pleno desarrollo de la afectación cutánea. Clínicamente se caracteriza por la aparición de fiebre, tos y disnea, todo en el contexto de una varicela. El patrón radiológico típico suele ser un infiltrado reticulonodular difuso, con predominio parahiliar y basal, aunque, en ocasiones, pueden encontrarse otras alteraciones en la exploración radiológica tales como derrame pleural, adenopatías hiliares o calcificaciones micronodulares dispersas por ambos pulmones [1 y 8]. Este último dato es un signo de resolución del proceso. La gasometría puede ser normal u objetivar una insuficiencia respiratoria aguda.

El diagnóstico se hace en base a la instauración del cuadro respiratorio, clínico y radiológico, coincidente con un varicela clínica y epidemiológicamente documentada.

Las complicaciones que presentó nuestro paciente, probable sobreinfección cutánea bacteriana, afectación hepática y trombocitopenia leve, no asociada a sangrado, eran por su incidencia, hasta cierto punto esperadas.

El apoyo respiratorio a enfermos con neumonía varicelosa, suele ser suficiente solo con la administración de oxígeno con mascarilla y en casos más avanzados se aconseja la CPAP. Cuando nos encontremos con hipoxemias severas con caída del pH es preferible la intubación orotraqueal precoz y el inicio de un soporte ventilatorio mecánico.

Algunos autores apoyan la utilización de una CPAP tanto antes, como cuando se necesite, después de la ventilación asistida convencional. Si se evitase esta, también se minimizarían el riesgo de infecciones, la utilización de sedación y la posible aparición de un edema laríngeo [7]. Tiene el inconveniente de requerir una muy buena colaboración por parte del enfermo [2, 5 y 6].

Queremos concluir afirmando que ante la aparición de una neumonía varicelosa severa, con hipoxemía grave y caída del pH, el ingreso precoz del paciente en una UCI, la ventilación mecánica convencional y la administración inmediata de Aciclovir, reducen de una forma notable la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shirai T, Sano K, Matsuyama S, Honjo Y, Takashima M, et al. Varicella pneumonia in healthy adult presenting with severe respiratory faliure. Intern Med 1996; 35315 – 8.
2. Potgieter PD, Hammond JM. Intensive care management of varicella pnemonia. Respir Med 1997; 91: 2º7 – 12.
3. Molina M, Ortega G, García B, Pérez A, Sáez JA, de Paco M. Neumonía por varicela en adultos previamente sanos. Rev Esp Microbiol Clin 1989; 712 – 4.
4. Alemán Hansó C, García Quintana AM, Alegre Martín J, Recio Iglesias J, Falcó Ferer V, Fernández de Sevilla Ribosa T. Neumonía varicelosa en el adulto. Revisión de 25 casos. Rev Clin Espa 1997; 197.
5. Jankowski S, Petros AJ. Chickenpox pneumonia: NAB before IPPV? Anaesthesia 1991; 46:993 –4.
6. Sadovnikoff N, Varon J. CPAP Mask management of varicella. Induced Respiratory Failure. Chest 1993; 103: 1894 – 5.
7. Jaeger JM, Wells NC, Kirby RR, Blanch PB. Mechanical ventilation of a patient with decreased lung compliance and tracheal dillatation. J Clin Anesth 1992; 147 – 52.
8. Aerts JG, Tan KY, Rietveld AP. Chickepons, Varicella pneumonia in adults. Ned Tijdschr Geneeskd 1998; 142: 1977 – 9.
9. Olive A, Estrens M, Vallés J, Albert I, Betriu N. Neumonía varicelosa y aciclovir. Medic Intensiva 1990; 14-177.