

PRESENTACION DE CASO

Bronconeumonía hemorrágica en adulto con varicela. Presentación de un caso

Hemorrhagic Bronchopneumonia in Adults with Chickenpox. A Case Report

Dr. Miguel Ángel Serra Valdés, ⁽¹⁾ Dra. Gloria Susana Fabra Aguirre, ⁽²⁾ Dr. Maury Llana Rodríguez. ⁽³⁾ Lic. Yovanis Iser Filtres. ⁽⁴⁾

¹Especialista de II Grado en Medicina Interna. MSc. en Enfermedades Infecciosas. ²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. ³Especialista de I Grado en Medicina Interna y en Cuidados Intensivos. ⁴Licenciado en Enfermería. Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana.

¹ Terminal Professional Degree in Internal Medicine. MSc. in Infectious Diseases. ² Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Internal Medicine. ³ Second Professional Degree in Internal Medicine and Intensive Cares. ⁴ Nursing Graduate. General Hospital Enrique Cabrera. La Havana.

RESUMEN

La varicela es una enfermedad infecciosa viral aguda, extremadamente contagiosa y frecuente en niños. Cuando se presenta en adultos, mientras mayor sea la edad, mucho más grave será, con complicaciones que pueden conducir a la muerte en corto tiempo. Entre las complicaciones con mayor letalidad están la neumonía y bronconeumonía, la sobreinfección de las lesiones por estreptococos y estafilococos con sepsis grave, hemorragias diversas, encefalitis, *shock*, nefritis hemorrágica con fallo de la función renal y fascitis necrótica, entre otras. Se presenta el caso de un anciano de 83 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cerebro vascular isquémica arteriosclerótica, el cual contrajo varicela y cuya evolución fue muy rápida, con insuficiencia respiratoria aguda por bronconeumonía masiva hemorrágica y *shock*, hasta la defunción. Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia de varicela, según boletines del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, se decidió la presentación de este caso.

Palabras clave: varicela; bronconeumonía; anciano; informes de casos

Límites: humanos; adulto; anciano

Recibido: 9 de septiembre de 2011

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Serra Valdés.
Hospital General Docente Enrique Cabrera.
Calzada de Aldabó y Calle E.
Altahabana. Municipio Boyeros. La Habana.

Dirección electrónica: maserra@infomed.sld.cu

ABSTRACT

Chickenpox is an acute viral infectious disease that is highly contagious and very common in children. When it occurs in adults, age increases severity, with complications that can lead to death in a short period of time. Among the most lethal complications we can find pneumonia and bronchopneumonia, injuries overinfection caused by streptococci and staphylococci with severe sepsis, diverse bleeding, encephalitis, shock, hemorrhagic nephritis with renal failure and necrotizing fasciitis, among others. The case of an 83 years old male patient, with a history of chronic obstructive pulmonary disease and ischemic cerebrovascular atherosclerotic disease that contracted chickenpox and whose evolution was very rapid, with acute respiratory failure and bronchopneumonia massive hemorrhagic shock, to the point of death, is presented. Given the increased incidence of chickenpox, according to reports of the Pedro Kouri Institute of Tropical Medicine, we decided to have this case published.

Key words: chickenpox; bronconeumonía; aged; case reports

Limits: humans; adult; age

Aprobado: 21 de septiembre de 2012

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecciosa viral aguda, extremadamente contagiosa y frecuente en niños. Cuando se presenta en adultos, mientras mayor sea la edad, mucho más grave será, con complicaciones que pueden conducir a la muerte en corto tiempo. ⁽¹⁻³⁾

Las complicaciones de la varicela, señaladas en la literatura médica, ocurren con mayor frecuencia en adultos y tienen peor pronóstico a mayor edad. Entre estas se encuentran: encefalitis, meningitis aséptica, neumonía y bronconeumonía, mielitis transversa, síndrome de Guillain-Barré, artritis, neuritis óptica, necrosis retiniana, uveítis, otitis, queratoconjuntivitis, pericarditis, hepatitis, pancreatitis, apendicitis, glomerulonefritis con insuficiencia renal aguda, trombocitopenia, síndrome de Reye (asociado con el uso de aspirina en niños), infección secundaria, especialmente por estafilococo áureos y estreptococos del grupo A, fascitis necrótica y trastornos de la coagulación y la hemostasia. La neumonía y bronconeumonía son las más frecuentes y graves, aparecen con mayor frecuencia en adultos. La comorbilidad y el deterioro de la función inmune en el adulto mayor las hacen aún más graves y a la mortalidad más elevada. ⁽²⁻⁸⁾

Por considerarse una enfermedad rara en el sistema de salud cubano en nuestros tiempos y por los pocos casos reportados en la literatura, se realiza la presentación de este caso, que puede contribuir a la formación de los nuevos profesionales. Además, en los últimos meses los boletines del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri (IPK) reportan un aumento de la incidencia de varicela en diferentes provincias del país. ⁽⁹⁻¹¹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 83 años de edad, de color de piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes de ser fumador de muchos años e infarto cerebral de aproximadamente dos años antes con recuperación parcial, por cierto grado de afectación motora izquierda, el cual acudió al Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, debido a que seis días antes comenzó a presentar fiebres de 39 ° C, con escalofríos intensos y a los tres días aparecieron lesiones en la piel (vesículas) de contenido transparente, con predominio en el tronco, que luego tomaron la cara y los cuatro miembros, con prurito. Se mantuvo el cuadro febril. En los últimos tres días presentaba falta de aire moderada ante los esfuerzos leves y tos seca poco frecuente, así como anorexia.

Se ingresó inicialmente en sala del Servicio de Dermatología donde recibió tratamiento con ceftriaxona a dosis de 2 gramos diarios y aciclovir como antiviral a 20 mg/Kg/día.

Presentó empeoramiento del cuadro respiratorio hacia el segundo día con disnea marcada, tos más frecuente (ahora productiva), toma del estado general y del nivel

de conciencia dado por marcada somnolencia. Fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) previa coordinación y valoración por la guardia de dicho servicio.

Examen físico al llegar a la UCI:

Mucosas: hipocoloreadas y húmedas.

Temperatura: 38,5° C.

Piel: lesiones de tipo vesículas, pústulas y costras diseminadas por todo el cuerpo, con base de coloración cianótica, lesiones por rascado y algunas hemorrágicas. (Figura 1).

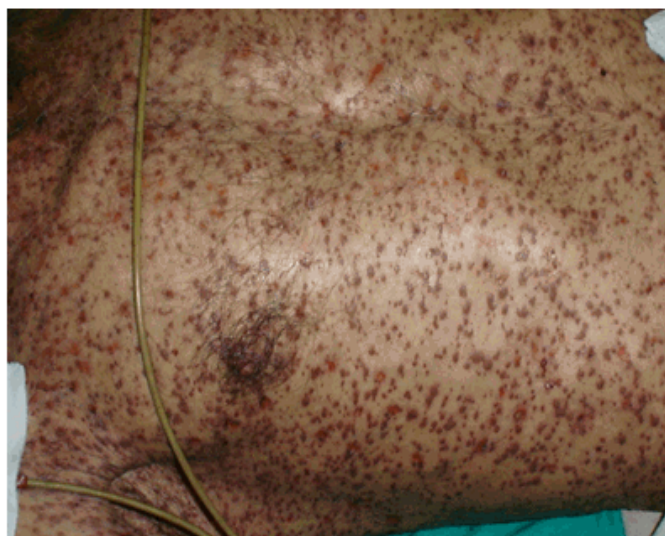


Figura 1. Imagen en la que se observan lesiones en piel en las diferentes etapas y hemorrágicas.

Aparato respiratorio: polipnea. Expansibilidad torácica disminuida, murmullo vesicular disminuido, estertores crepitantes abundantes y diseminados en ambos pulmones. FR: 34 x minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos, rítmicos, no soplos. Tensión arterial: 70/40 mmHg. Frecuencia cardíaca: 112 x min.

Neurológico: consciente, pero somnoliento y desorientado. Hemiparesia residual izquierda por infarto cerebral isquémico aterotrombótico antiguo.

Exámenes complementarios:

Hemoglobina: 110 g/l

Leucograma: 11 000 x 10⁹/l; segmentados: 0,90 %; linfocitos: 0,10 %.

Ionograma: normal.

Glucemia: normal.

Creatinina: 178 mmol/l.

Coagulograma: Tiempo de coagulación: 8 min; tiempo de sangrado: 2 min; coágulo retráctil.

Plaquetas: 196 000 x mm³.

Gasometría: acidosis respiratoria.

LCR: Transparente. Incoloro. Pandy (-) Células: 15 X mm³. Hematíes crenados algunos.

Exámenes imagenológicos:

Tomografía axial computarizada simple de cráneo: signos de atrofia cortical difusa y bilateral. Sistema ventricular y fosa posterior normal.

Radiografía simple del tórax: área cardiaca de límite normal. Moteado inflamatorio difuso en ambos pulmones con algunas áreas confluentes. Reforzamiento broncovascular de los hilos. (Figura 2).



Figura 2. Radiografía simple del tórax en que se observa moteado inflamatorio difuso bilateral con focos de mayor condensación.

Evolución y tratamiento:

Fue intubado y se aspiraron abundantes secreciones. Se acopló a ventilador mecánico marca Evita 4, de fabricación alemana (Dragüer) con la siguiente modalidad de ventilación: ventilación positiva intermitente (IPPV), volumen tidal (VT): 420 ml; tiempo inspiratorio: un segundo y presión positiva al final de la inspiración de (PEEP) de 6 mb.

Se indicó apoyo vaso activo, volumen con cristaloides, se mantuvo el antiviral. Por ser un paciente con comorbilidad respiratoria (EPOC) y ser frecuente la sobreinfección bacteriana por estafilococos y estreptococo se decidió cambiar de antimicrobiano y utilizar vancomicina.

Se logró mejorar la tensión arterial hasta 130/ 80 mmHg.

Evolucionó posteriormente de forma tórpida a pesar del tratamiento; sufrió paro cardiorrespiratorio el cual fue asistido sin que se lograra la recuperación y falleció.

Se comprobó en la necropsia que tenía lesiones con hemorragias pequeñas viscerales, bronconeumonía bacteriana submasiva bilateral con focos hemorrágicos, lesiones típicas de varicela en piel, en diferentes fases y algunas hemorrágicas.

DISCUSIÓN

La varicela, preferentemente en adultos, suele

complicarse con bronconeumonía bacteriana llevando al enfermo a insuficiencia respiratoria aguda, sobre todo en edades avanzadas, cuando existe, por lo regular, comorbilidad. En este caso se trata de un adulto mayor portador de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad arteriosclerótica con daño neurológico. También se reporta con mayor frecuencia esta complicación en sujetos de cualquier edad en los que existan alteraciones de la función de los linfocitos T (neoplasias linforreticulares) y en los sometidos a tratamiento con esteroides y quimioterapia antineoplásica.^(1,2)

En su forma hemorrágica, no solo aparecen hemorragias en la piel, sino también internamente en diferentes vísceras y órganos. Se cita preferentemente en pulmones, tracto digestivo, hígado, bazo y también en el cerebro y las meninges.^(7,8,10-15) La bacteriemia acompañante en los casos con sobreinfección bacteriana ocasiona afectación multisistémica.⁽¹⁻³⁾

En este caso de adulto mayor con comorbilidad, fumador, con una EPOC ya establecida y cambios arterioscleróticos avanzados con un infarto cerebral isquémico antiguo, se ensombreció el pronóstico.

La varicela en el adulto, sobre todo en edades avanzadas y con comorbilidad, tiene una elevada mortalidad por las complicaciones que se le asocian. La bronconeumonía bacteriana con insuficiencia respiratoria en la forma hemorrágica de la enfermedad, es uno de los casos con peor pronóstico. Existen pocos casos reportados en publicaciones.^(7,13-15)

Algunos autores recomiendan como antiviral el famciclovir de 500 mg, tres veces al día o el valaciclovir 1 gramo, tres veces al día. En nuestro caso solo se dispone del aciclovir como antiviral, siendo en la actualidad el menos recomendado por su menor biodisponibilidad oral.^(1,3,14,15)

Por los gérmenes que con mayor frecuencia producen sobreinfección bacteriana, tanto cutánea como broncopulmonar, se recomienda en general el tratamiento con antimicrobianos como el ceftriaxona, vancomicina, levofloxacina y moxifloxacina.^(1-3,14,15)

En la actualidad se debe tener en cuenta la posibilidad de multirresistencia bacteriana en sentido general y, en particular, en algunos centros hospitalarios de acuerdo con el mapa microbiológico y antibiogramas. Las infecciones bacterianas más graves y multirresistentes generalmente son de adquisición intrahospitalaria al ingresar los casos con evolución tórpida o cuadro sobreagudo dermatológico. La infección por gérmenes gramnegativos es menos frecuente.^(1-3,12,14)

La varicela en el adulto, y más en el adulto mayor, sigue siendo, por sus complicaciones, una enfermedad con elevada letalidad. La comorbilidad y estados de inmunodepresión por diferentes causas ensombrecen más el pronóstico. La mortalidad sigue siendo elevada a pesar de los recursos terapéuticos. En la actualidad, cuando en nuestro país hay un aumento de la incidencia

tanto en niños como en adulto, ⁽⁹⁻¹¹⁾ hay que tener presente las posibles complicaciones, su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mark H, Beers MD. Enfermedades causadas por virus. En: Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11^{na} ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 1758-60.
2. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Varicela[Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos; 2011[citado 12 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001592.htm>.
3. Shandera Wayne X, Moran A. Enfermedades infecciosas virales. En: Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 41 ed. México, DF: El Manual Moderno; 2006. p. 1181-84.
4. Serrano Ocaña G, Ortiz Sablon J, Ohoa Tamayo I. Neumonía varicelosa. Presentación de caso. Medisur[revista en Internet]. 2009[citado 12 Sep 2010];7(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000100008&script=sci_arttext.
5. Misiara Álvarez AE. Encefalitis por virus varicela zoster. A propósito de un caso. Rev Med Electrón[revista en Internet]. 2009[citado 12 Sep 2010];31(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000500015&script=sci_arttext.
6. Hollenstein V, Thalhammer F, Burgmann H. Disseminated intravascular coagulation (DIC) and rhabdomyolysis in fulminant varicella infection. Case report and review of the literature. Infection. 1998;26(5):306-8.
7. Bernabeu Mora R, Rubio Gil E, Navarro Fuentes J, Cano Sánchez A, Sánchez Gascón F. Neumonía e insuficiencia renal aguda como complicaciones de la varicela en el adulto. An Med Interna(Madrid). 2002;19(3):136-8.
8. de la Cruz Morón I, Alfageme Michavila I, Muñoz Lucena F, Ramos P, Rojas JI, García Polo C. Pneumonia due to varicella zoster virus in adults: a review of 13 cases. Arch Bronconeumol. 1999;35(7):357-9.
9. Boletín epidemiológico semanal. BOLIPK[Internet]. 2011[citado 12 Sep 2012];21(42):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2011/10/bol42-11.pdf>.
10. Boletín epidemiológico semanal. BOLIPK[Internet]. 2011[citado 12 Sep 2012];21(44):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2011/11/bol44-11.pdf>.
11. Boletín epidemiológico semanal. BOLIPK[Internet]. 2011[citado 12 Sep 2012];21(48):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2011/12/bol48-11.pdf>.
12. Pugh RN, Omar RI, Hossain MM. Varicella infection and pneumonia among adults. Int J Infect Dis. 1998;2(4):205-10.
13. Martínez Segura JM, Gutiérrez Oliver A, Maraví Poma E, Jiménez Urra I. Neumonía grave por varicela. Rev Clin Esp. 2003;203(12):591-4.
14. Macías Robles MD, García Peliz M, González Franco A, Suárez González-Fierro ME, García Bear I, Martínez Muñoz M. Neumonía varicelosa en el adulto. Diagnóstico y tratamiento en urgencias. Emergencias. 2000;12:138-41.
15. Remuñán Boue C, Ballmajó Real M, Jiménez Armada J, González Fraga MJ. Presentación de 1 caso con neumonía varicelosa y distrés respiratorio. Rev Cubana Med[revista en Internet]. 2002[citado 12 Sep 2010];41(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_2_02/med09202.htm.