



Protocolo de actuación en la infección respiratoria del paciente inmunosuprimido en Urgencias

C. Ciorba, R. Agüero Balbín, V.M. Mora Cuesta, A. Martínez Meñaca y J.A. Espinoza Pérez

Servicio de Neumología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Palabras Clave:

- Infección respiratoria
- Inmunosuprimido
- Gérmenes oportunistas

Keywords:

- Respiratory infection
- Immunosuppressed
- Opportunistic germs

Resumen

Las infecciones constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes inmunodeprimidos. Dependiendo de la naturaleza del déficit inmune existe mayor o menor susceptibilidad de infección por un germen específico. Los hallazgos clínicos y radiológicos suelen ser inespecíficos. Realizar una aproximación sistémica, con una adecuada anamnesis por órganos y aparatos permite reducir el diagnóstico diferencial y realizar una selección más racional de las pruebas diagnósticas y de las intervenciones terapéuticas de estos pacientes. El diagnóstico precoz por imagen y a menudo la realización de procedimientos invasivos es necesario para instaurar un tratamiento adecuado.

Abstract

Protocol for respiratory infection in immunosuppressed patient in the Emergency Department

Infections are the leading cause of morbidity and mortality in immunocompromised patients. Depending on the nature of the immune deficiency exists more or less susceptibility to infection by a specific germ. Clinical and radiological findings are often nonspecific. A systemic approach with proper anamnesis of organs and systems, allows to reduce the differential diagnosis and perform a more rational selection of diagnostic tests and therapeutic interventions for these patients. El early and often invasive procedures are necessary to begin a proper treatment.

Introducción

Consideramos que nos encontramos ante un paciente inmunodeprimido cuando existe: neutropenia (menos de 500 neutrófilos/ml); terapia con fármacos inmunosupresores (incluyendo corticoterapia en dosis elevadas); leucemia, linfoma u otras neoplasias con tratamiento inmunosupresor; infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); trasplante de órganos con terapia inmunosupresora asociada o defectos congénitos inmunitarios.

Etiología

El tipo de defecto inmunológico va a predisponer a la aparición de una serie de infecciones pulmonares. Si se conoce la alteración que induce la inmunodeficiencia podría servir de orientación para predecir el tipo de infección que se va a presentar. Las bacterias suelen tener un cuadro clínico de presentación agudo, con fiebre, disnea y tos productiva. El estudio radiológico de tórax nos revela la existencia de un infiltrado de predominio alveolar, de localización predomi-

nante lobar o segmentaria. En los pacientes con infección por el VIH, la evolución puede ser más subaguda, presentando un patrón radiológico de predominio intersticial.

Dentro de los virus, citomegalovirus (CMV) es el que se presenta con mayor frecuencia, siendo un microorganismo con elevada prevalencia en los sujetos inmunocompetentes, por lo que es habitual su reactivación en los pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en trasplantados, apareciendo en ocasiones asociados a otros gérmenes oportunistas. La clínica de presentación suele cursar con fiebre, tos y disnea, observándose en casos graves un fallo respiratorio. En la neumonía por CMV, el patrón radiológico es muy variado, apreciándose desde un tenue infiltrado intersticial a un patrón alveolar y difuso.

El virus del herpes simple (VHS) suele producir cuadros de traqueobronquitis, asociando con menor frecuencia cuadros neumónicos.

Los hongos, en los últimos años, están ocasionando un mayor número de infecciones en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en los que presentan infección por el VIH. Destaca por su frecuencia y agresividad la infección por *Aspergillus fumigatus* (sobre todo en pacientes trasplantados de médula ósea y neutropénicos). La fiebre elevada, la tos, el dolor pleurítico y la presencia previa de una infección bacteriana suelen ser los datos clínicos más relevantes. Desde el punto de vista radiológico, podemos apreciar la presencia de múltiples infiltrados alveolares, parcheados, que pueden coalescer, observándose en la tomografía computadorizada (TC) una densidad central con halo periférico de densidad intermedia (signo del halo). En ocasiones estas lesiones pueden cavitarse. El aspergiloma no suele presentarse en pacientes inmunodeprimidos, aunque en ocasiones aparece en pacientes con alteración de la arquitectura pulmonar subyacente.

P. jirovecii es un germen asociado a una alteración de la inmunidad celular que afecta con mayor frecuencia a pacientes con infección por el VIH. La instauración del cuadro clínico suele ser insidiosa, con afectación del estado general, fiebre, tos generalmente improductiva y disnea progresiva. Desde el punto de vista radiológico, la afectación puede ser muy variable, siendo el patrón intersticial bilateral la forma de presentación más frecuente, aunque puede evolucionar a formas de consolidación alveolar.

Las micobacterias pueden afectar a cualquier paciente inmunodeprimido, siendo más frecuente su incidencia en pacientes con infección por el VIH. La micobacteria que se aísla con mayor frecuencia es *Mycobacterium tuberculosis*. El cuadro clínico suele instaurarse de forma insidiosa: malestar general, febrícula, tos con expectoración y disnea. La afectación por micobacterias atípicas se suele presentar cuando existe un mayor deterioro del sistema inmune (siendo *Mycobacterium avium* y *kansasii* las halladas con más frecuencia). La forma radiológica más habitual de presentación es la existencia de infiltrados cavitados en los lóbulos superiores. En fases avanzadas del sida la cavitación suele ser rara y con frecuencia se aprecian imágenes radiológicas similares a una primoinfección.

El parásito más usual en nuestro medio es *Toxoplasma gondii*, que generalmente cursa con fiebre, tos improductiva y disnea. Su forma de presentación radiológica más común es la existencia de un patrón intersticial difuso.

Pasos a seguir en el Servicio de Urgencias

Sospecha tras la anamnesis y la exploración física

Los síntomas más comunes que tienen estos pacientes son tos y disnea. Muchos presentan también fiebre pero hay que tener en cuenta que la fiebre no es sinónimo de infección, ya que algunos casos de neumonitis por radiación, neumonitis por drogas-fármacos, neumonitis inespecífica o neoplasia pueden tener fiebre por la misma naturaleza de la enfermedad o como parte de la respuesta inflamatoria. Además, la fiebre puede ser debida a una patología infecciosa de otro foco distinto al respiratorio. Por otra parte, no hay que olvidar que en estos pacientes es aconsejable realizar una aproximación sistémica, con una adecuada anamnesis por órganos y aparatos, lo que nos permite reducir el diagnóstico diferencial y realizar una selección más racional de las pruebas diagnósticas y de las intervenciones terapéuticas. En la anamnesis que realicemos hay que recabar datos sobre los antecedentes personales (reseñando el tipo de inmunosupresión que padece y la enfermedad asociada si se conocen), prestando especial atención a los antecedentes de tuberculosis (infección o enfermedad, y en este caso si fue tratada o no, tipo de drogas-fármacos, tiempo de tratamiento, etc.) y los antecedentes epidemiológicos como viajes o estancias en zonas endémicas en agentes capaces de producir infecciones sistémicas (micosis como la blastomicosis, la coccidiomicosis o la histoplasmosis, parásitos como el *Strongiloides stercoralis*). Por otra parte, es importante determinar si el proceso tuvo su origen en el domicilio del paciente o en el ámbito hospitalario, y si el paciente ha recibido transfusiones de hemoderivados (lo que orientaría hacia una neumonitis por leucoaglutininas o por CMV). También es necesario obtener información sobre las profilaxis que está realizando el paciente (por ejemplo, si un paciente con infección por el VIH realiza profilaxis para *Pneumocistis jirovecii* con cotrimoxazol y no la ha abandonado, es difícil que presente infección por dicho agente; si se realiza profilaxis oral con quinolonas se pueden seleccionar cepas resistentes de *Streptococcus viridans*, el uso de fluconazol profiláctico en los pacientes sometidos a trasplante de médula ósea o de órgano sólido parece estar relacionado con el aumento de casos de aspergilosis invasiva, etc.) y los fármacos administrados, la dosis, la secuencia, así como si ha habido radiación especificar el campo, la dosis y el tiempo.

La exploración física de un paciente inmunodeprimido con neumonía puede ser irrelevante, en ocasiones solo encontramos crepitantes finos como signo de infiltrado, incluso aunque no haya manifestación en la radiografía simple. El examen del enfermo nos va a permitir detectar signos de insuficiencia cardiaca congestiva, complicación frecuente en estos pacientes en los que son habilitados los problemas renales, se usan fármacos cardiotóxicos, están en estado de shock y precisan abundantes líquidos endovenosos. Además, y como ya hemos comentado antes, es necesario realizar un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808446>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808446>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)