



Neumonitis varicelosa en el adulto previamente sano

S.A. Rubio Félix, P. Val Adán*, J.A. Escobedo Palau, M. Sebastián Royo, L. Borderías Clau* y J. Garrapiz López*

Servicio de Medicina Interna. *Unidad de Neumología. Hospital General San Jorge. Huesca.

Se presentan 2 casos de neumonía varicelosa en pacientes previamente sanos, cuyo único factor de riesgo conocido era la existencia de hábito tabáquico importante.

Ambos fueron tratados con aciclovir por vía parenteral y evolucionaron favorablemente, aunque en uno de ellos presentó un patrón espirométrico restrictivo, con disminución de la DLCO, que se normalizó a los 3 meses del alta hospitalaria.

Palabras clave: Neumonía varicelosa. Varicela. Aciclovir.

Arch Bronconeumol 1994; 30: 468-470

Varicela pneumonia in the previously healthy adult

Two cases of pneumonia associated with chicken pox in previously healthy patients are described. Their known risk factor was heavy smoking.

Both were treated successfully with parenteral aciclovir, although one presented a restrictive spirometric pattern with lowered DLCO that became normal 3 months after discharge.

Key words: Varicela pneumonia. Chicken pox. Aciclovir.

Introducción

La varicela, como forma de primoinfección por el virus varicela-zoster, es una afección benigna, propia de niños entre 1 y 14 años con menor incidencia en el adulto, en el que, además, reviste una mayor gravedad, siendo frecuentes las complicaciones y existiendo una mortalidad no despreciable que puede llegar al 30%, o incluso más en el caso de pacientes inmunodeprimidos.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente varón de 31 años, previamente sano, fumador de 50 cig/día desde hace 17 años (42,5 paquetes/año), sin criterios de bronquitis crónica. Tras presentar 48 horas antes de su ingreso exantema vesiculoso generalizado, pruriginoso, con temperatura de 39 °C, malestar general y tos con escasa expectoración blanquecina mucosa diagnosticado como varicela, inicia de forma rápidamente progresiva odinofagia y disnea que, en el momento de su atención en urgencias, es de reposo.

La exploración física mostró un paciente con buen estado general, consciente y orientado, sin cianosis y con disnea de reposo. Frecuencia cardíaca: 95 lpm; frecuencia respiratoria, 40 rpm; tensión arterial, 120/70 mmHg, y temperatura 38 °C.

La inspección reveló un exantema vesiculoso generalizado, con lesiones en diversos estadios evolutivos (fig. 1), y presentaba lesiones similares en cavidad oral. En la auscultación pulmonar se apreció disminución generalizada del murmullo vesicular con crepitantes secos y finos, de predominio basal, sin otros hallazgos de interés.

En las pruebas complementarias efectuadas, destaca la presencia de trombopenia (75.000 plaq/ μ l), fórmula leucocitaria con un 14,1% de linfocitos estimulados y una LDH de 1.037 U/l. La gasometría era claramente patológica, con pH de 7,42, pO₂ de 58 mmHg, pCO₂ de 37 mmHg y Sat O₂ del 91%.

La radiología de tórax (fig. 2) mostró un patrón alveolo-intersticial-micronodular bilateral de predominio basal, que se

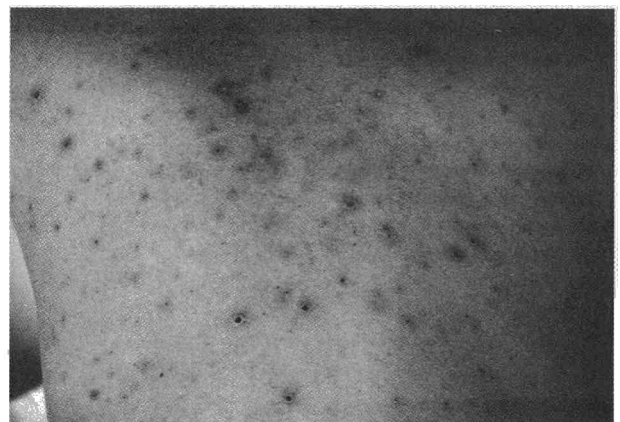


Fig. 1. Aspecto de las lesiones cutáneas en el paciente del caso 1.

Correspondencia: Dr. Santiago A. Rubio Félix.
Paseo Rosales, 12, esc. 2, 8.º izqda. 50008 Zaragoza.

Recibido: 10-2-94; aceptado para su publicación: 15-2-94.

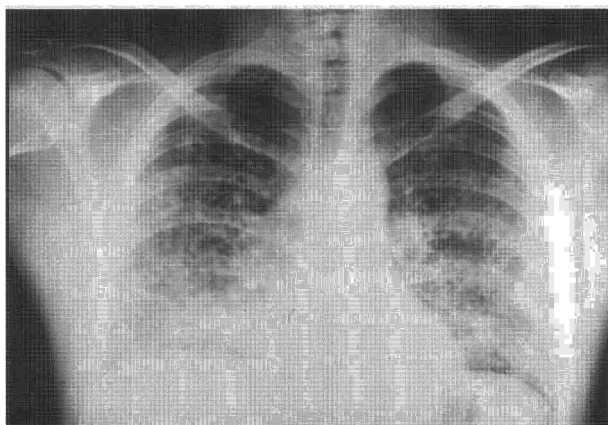


Fig. 2. Radiografía anteroposterior de tórax correspondiente al caso 1, que muestra patrón alveolointerstitial-micronodular bilateral de predominio basal.

resolvió en una semana, sin que en controles posteriores se evidenciara lesiones residuales.

La serología del virus varicela-zoster fue positiva (IgG e IgM).

Ingredado inicialmente en UCI, evolucionó favorablemente. Fue tratado con oxigenoterapia (FiO_2 : 0,50) y aciclovir por vía intravenosa a dosis de 10 mg/kg/8 h. Tras pasar a planta de neumología a las 72 horas, persistió evolución favorable y fue dado de alta, asintomático, al séptimo día.

Realizado estudio funcional respiratorio previo al alta y tras la fase aguda, se apreció en la espirometría patrón mixto moderado (FVC: 2,61 l [61%]; FEV_1 , 198 l [54%]; FEV_1/FVC , 76%). Los volúmenes pulmonares disminuidos con TLC de 3,53 l (59%), RV de 0,97 l (61%) y la FRC de 1,93 (64%) confirmaban el componente restrictivo, presentando una DLCO disminuida (63%) y un test broncodilatador negativo. Tres meses después se realizó nuevo estudio de función pulmonar que fue normal.

Caso 2

Paciente varón de 24 años, previamente sano, fumador de 20 cig/día desde hace 9 años, sin criterios de bronquitis crónica. Tras una fase prodrómica de fiebre elevada de hasta 39 °C, con cefalea holocraneal, 48 horas antes, presentó exantema vesiculoso generalizado y pruriginoso, diagnosticado como varicela.

A los 3 días del comienzo del exantema acudió a urgencias por presentar odinofagia, acompañada de tos con expectoración blanquecina escasa y disnea de esfuerzo.

La exploración física mostró un paciente con buen estado general, consciente y orientado, sin cianosis y sin disnea. Frecuencia cardíaca: 100 lmp, frecuencia respiratoria 20 rpm, tensión arterial 130/70 mmHg y temperatura de 39,2 °C.

La inspección reveló un exantema vesiculoso generalizado, con lesiones en diversos estadios evolutivos, "en cielo estrellado", y con afectación de cavidad oral. En la auscultación pulmonar se apreciaron escasos crepitanes secos y finos en bases, sin otros hallazgos exploratorios.

En las pruebas complementarias efectuadas destaca la presencia de trombopenia (87.000 plaq/ μl^3), fórmula leucocitaria con un 9,2% de linfocitos estimulados y una bioquímica dentro de los límites normales. La gasometría en sangre arterial presentó pH de 7,42, pO_2 de 65 mmHg, pCO_2 de 35 mmHg y Sat O_2 del 90%.

La radiología de tórax mostró un patrón alveolointerstitial-micronodular bilateral de predominio basal.

La serología de virus varicela-zoster fue positiva (IgG e IgM).

Ingredado inicialmente en UCI, durante 48 horas, evolucionó favorablemente, siendo tratado con oxigenoterapia (FiO_2 0,40) y aciclovir por vía intravenosa a dosis de 10 mg/kg/8 h. A los 4 días del ingreso se dio el alta hospitalaria, continuando tratamiento con aciclovir oral durante 3 días más.

Realizado estudio funcional respiratorio previo al alta y tras la fase aguda, se apreció normalidad respecto a teóricos de espirometría, incluidos flujos medios, volúmenes pulmonares y DLCO.

Discusión

La varicela es una infección ubicua y sumamente contagiosa que afecta sobre todo a niños con edades comprendidas entre 1 y 14 años y de 10 a 14 años, siendo infrecuente en el adulto. El período de incubación suele ser de 14 a 17 días, pero puede oscilar entre 10 y 21 días, presentando una fase prodrómica, previa al exantema de 1 a 2 días¹.

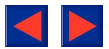
De curso habitualmente benigno en el sujeto inmunocompetente, y caracterizada por el exantema, formado por lesiones maculopapulosas, vesículas y costras en diversas fases evolutivas que pueden afectar a mucosas, suele remitir en 3 a 5 días.

En el sujeto inmunodeprimido, presentan mayor número de lesiones, siendo frecuente la existencia de vesículas hemorrágicas y la presencia de complicaciones viscerales que afectan al 30-50% de los casos; la afectación del SNC, con ataxia cerebelosa, en el niño, y la neumonitis en el adulto son las más frecuentes^{2,3}.

La neumonitis varicelosa, descrita por primera vez por Waring en 1942, es la complicación más frecuente y grave de la varicela en el adulto. Afecta entre el 16 y el 50% de pacientes y alcanza una mortalidad del 30% de los pacientes inmunodeprimidos⁴. Habitualmente se consideran factores de riesgo para su desarrollo la inmunosupresión, el embarazo y el hábito tabáquico^{5,6}. El curso clínico es impredecible, puede evolucionar en forma benigna, autolimitándose en pocos días (7 a 10) o por el contrario, desarrollar grados variables de insuficiencia respiratoria⁷.

El embarazo constituye un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía varicelosa. Los factores patogénicos responsables de esta predisposición no se conocen y está indicado el ingreso hospitalario y tratamiento con aciclovir por vía intravenosa en toda paciente embarazada con neumonía varicelosa, tanto por el riesgo de patología fetal (1-10%) como por la frecuencia con que desarrollan insuficiencia respiratoria^{4,6,8}.

El hábito tabáquico es el segundo factor predisponente conocido (riesgo aproximadamente 15 veces mayor que en no fumadores), habiéndose implicado en la patogenia del cuadro la disfunción de los macrófagos alveolares presente en el fumador. Por otra parte, se han descrito alteraciones en la difusión del CO en fumadores con neumonitis varicelosa incluso sin evidencia de lesión radiológica^{5,9}. En nuestros casos,



el hábito tabáquico importante fue el único factor de riesgo involucrado, presentando el primero de los casos una notable disminución de la DLCO.

La neumonía varicelosa suele aparecer entre el primer y el sexto días de la erupción, cursando habitualmente con tos poco o nada productiva y disnea. El dolor es infrecuente y todavía más la hemoptisis.

La exploración, salvo por las lesiones cutáneas típicas de varicela, suele ser anodina y no guarda correlación con las lesiones radiológicas, como sucede en los casos presentados.

Las lesiones radiológicas típicas están constituidas por nódulos de 2 a 10 mm de diámetro, preferentemente peribronquiales, difusos, que pueden progresar hasta formar imágenes de condensación. No es infrecuente la calcificación de las lesiones al resolverse la fase aguda. Ocasionalmente puede existir derrame pleural.

La trombopenia, presente en los 2 casos, se atribuye a un doble mecanismo, acción tóxica directa del virus sobre las plaquetas en la fase inicial y mediada por anticuerpos antiplaquetas en fases posteriores de la infección; en general, como sucedió en nuestro caso, se resuelven espontáneamente¹⁰.

En el aspecto terapéutico y si bien no existen estudios concluyentes, se aconseja la utilización de aciclovir por vía intravenosa a dosis de 5 mg/kg/8 h, en el adulto normal y de 10 mg/kg/8 h en el paciente inmunodeprimido⁴, si bien algunos autores aconsejan aumentar hasta 10 y 15 mg/kg/8 h, respectivamente. La eficacia es tanto mayor cuanto más precozmente se inicia la administración, debiendo obtenerse respuesta en 24-48 horas de tratamiento. La toxicidad descrita es escasa y consistente en alteraciones gastrointestinales, deterioro de la función renal y alteraciones del SNC^{11,12}. En nuestros casos y a pesar de usar dosis de 10 mg/kg no se apreciaron efectos secundarios.

Dada la baja toxicidad y la potencial gravedad, se ha propuesto recientemente el uso profiláctico de aciclovir por vía oral en todo paciente adulto afectado de varicela, como medida preventiva del desarrollo de neumonitis¹³.

Recientemente se han descrito algunos casos de resistencia al aciclovir, en los que podría ser útil como opción el uso de Fosfarnet (fosfonoformato)¹⁴.

Dado el riesgo de insuficiencia respiratoria grave, que puede precisar de ventilación mecánica, se aconseja el ingreso hospitalario de todo enfermo con neumonía, especialmente si se trata de embarazadas, y resulta aconsejable el ingreso en UCI si existe deterioro significativo de la función pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

- Whitley RJ. Infecciones por virus de la varicela-Zoster. En: Harrison P, editor. Principios de Medicina Interna (12.ª ed.). Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1991; 805-808.
- Guess HA. Population based studies of varicella complications. *Pediatrics* 1986; 78: 723-726.
- Schlossberg D, Littman H. Varicella Pneumonia in adults. A spectrum of disease. *Ann Intern Med* 1988; 148: 1.630-1.632.
- García Quintana A, Alegre Martín J, Falcó V, Fernández de Sevilla T, Martínez Vázquez JM. Neumonía varicelosa en el adulto. Estudio de trece casos. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 314-316.
- Ellis ME, Neal KR, Webb AK. Is smoking a risk factor for pneumonia in adults with chilckempox? *Br Med J* 1987; 294: 1.002.
- White R. Chickenpox in pregnancy. *Br Med J* 1988; 296: 864.
- Hockberger RS, Tothsteen RS. Varicella pneumonia in adults a spectrum of disease. *Ann Em Med* 1986; 15: 931-934.
- Shago RA, Asperilla MO. Use of acyclovir for varicella pneumonia during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 1.112-1.116.
- Feusner JH, Slichter SJ, Harker LA. Mechanisms of thrombocytopenia in varicella. *Am J Haematol* 1979; 7: 255-264.
- Boeles JS, Ehrenkranz NJ, Mark A. Abnormalities in respiratory function in varicella pneumonia. *Ann Intern Med* 1964; 60: 183-195.
- Davidson RN, Lynn W, Savage P. Chickenpox pneumonia: experience with antiviral treatment. *Thorax* 1988; 43: 627-630.
- Haake DA, Zarowsk PL, Haake DL, Brison YS. Early treatment with acyclovir for varicella pneumonia in otherwise healthy adults: retrospective controlled study and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 788-789.
- Wallace MR, Bowler WA, Murray NB, Brodine SK, Oldfield EC. Treatment of adult varicella with oral acyclovir. A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1992; 117: 358-363.
- Jacobson MA, Berger TG, Fikrig S. Aciclovir resistant varicella zoster virus infection after chronic oral acyclovir therapy in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1990; 112: 187-191.