

Imágenes nodulares múltiples en una paciente inmunocomprometida

Autores: Marco Antonio Solís, Josefina Villa, Sebastián Lamot

Fundación Sanatorio Güemes

Correspondencia:

Marco Antonio Solís Aramayo
Domicilio postal: Bartolomé Mitre 3768, 10° D
(CP 1201)- CABA- Arg.
Tel.: 1160003392
E-mail: msolisaramayo@yahoo.com.ar

Recibido: 27.09.2013
Aceptado: 20.01.2014

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 50 años de edad, con diagnóstico de linfoma no Hodgkin por el que recibió dos ciclos de quimioterapia y de HIV con recuento de CD4: 294/mm³ y carga viral: 13900 copias, ambos diagnosticados 4 meses previos a la internación. La paciente ingresa por dolor cervicolumbar intenso asociado a impotencia funcional en miembros superiores. Por presencia de imágenes compatibles con metástasis en mesencéfalo, había realizado quimioterapia intratecal y sistémica con metotrexate y citarabina dos meses previos al ingreso y había evolucionado con pancitopenia febril.

Durante la internación presentó síndrome febril y se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam. La evolución fue desfavorable, se agregaron lesiones epidérmicas de tipo ampollar con eritema circundante, no dolorosas, pruriginosas, menores a 1 cm de diámetro localizadas en tórax, abdomen, palmas y dorsos de manos. Las TAC de tórax y senos paranasales mostraban un área de consolidación basal derecha y sinusitis maxilar derecha asociada a fiebre, disnea grado 3 escala mMRC. Se progresó en el tratamiento con vancomicina, imipenem, aciclovir y fluconazol por muggel oral. Se realizaron hemocultivos para hongos con antigenemia para criptococo, gérmenes comunes, Tzank para herpes virus, escarificación para buscar micosis sistémica y cultivo de punta de catéter de vía central que todos fueron negativos.

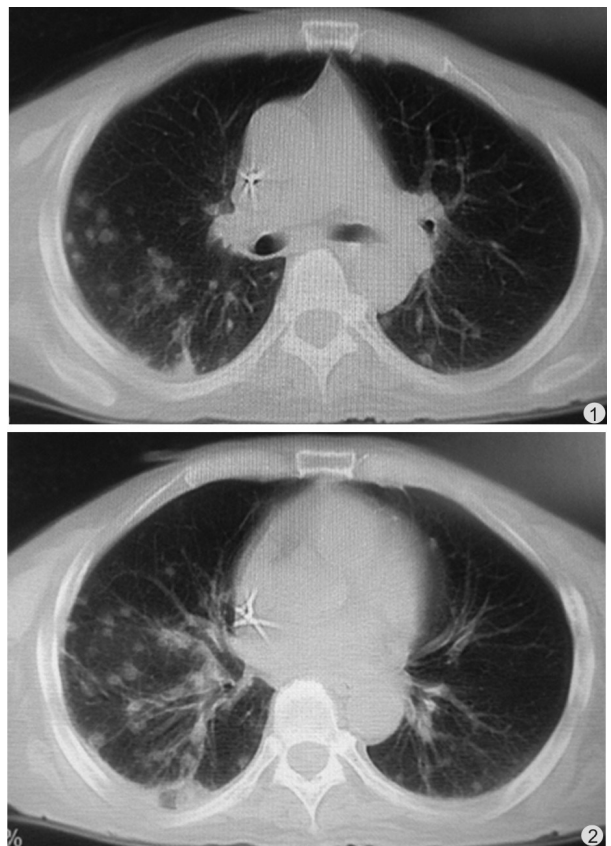
Descripción de la imagen

A los 5 días del ingreso y con evolución clínica favorable (regresión de las lesiones en piel, afebril y sin disnea) las tomografías de tórax control (Figuras 1 y 2) mostraron múltiples imágenes

nodulares de diferentes diámetros, bilaterales de predominio del pulmón derecho.

Se programó fibrobroncoscopía con BAL que no se pudo realizar por mala preparación de la paciente. Se realizaron controles tomográficos donde se puso en evidencia reducción de las imágenes nodulares, algunas en remisión completa (Figura 3).

Se interpreta el cuadro de varicela zoster agudo en una paciente inmunocomprometida con expresión pulmonar de la enfermedad, con buena res-



Figuras 1 y 2. Tomografía de tórax, al inicio del cuadro, con múltiples imágenes nodulares.

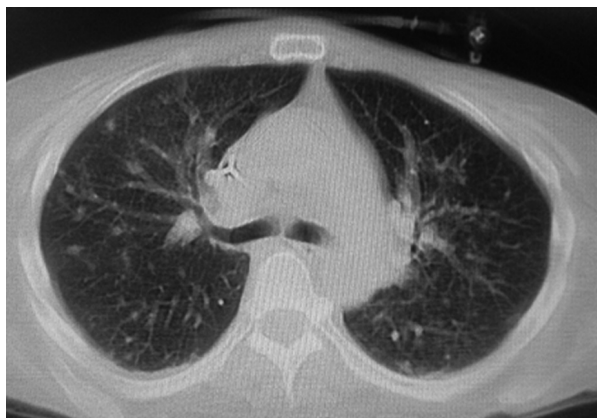


Figura 3. Tomografía de tórax control a las 3 semanas del inicio del cuadro.

puesta al tratamiento antiviral por su inicio precoz, mostrando posteriormente imágenes nodulares que evolucionaron a la remisión.

Discusión

Los virus que pueden causar infecciones pulmonares en adultos se dividen en dos grandes grupos: neumonías virales en pacientes inmunocompetentes (influenza tipo A y B) y en inmunocomprometidos (citomegalovirus, herpes virus, sarampión y adenovirus). El compromiso del parénquima se inicia en los bronquiolos terminales, evolucionando rápidamente a la neumonía.

La neumonía por varicela-zoster es la complicación más seria de la infección sistémica con una tasa de mortalidad de 9% a 50%. Mas del 90% de los casos ocurre en pacientes con alguna inmunosupresión, especialmente linfoma¹. El diagnóstico es de descarte y se basa en la clínica, el antecedente de contacto con algún enfermo, la presentación radiológica y la detección de IgM, IgG o PCR específicas contra el virus de varicela-zoster, pero su ausencia no descartar por completo la enfermedad.

En la tomografía de tórax se pueden encontrar imágenes de consolidación al inicio de la enfermedad, pero la presentación más común es la presencia de formaciones nodulares de baja atenuación, de 4 a 10 mm de diámetro y áreas de parcheado con vidrio esmerilado bilateral que generalmente

resuelven una semana posterior a la resolución de las lesiones en piel o pueden calcificar y permanecer en el tiempo. No es común la presencia de adenopatías o derrame pleural¹.

Actualmente solo hay reportes de casos, Marcelo et al. presentó un paciente varón de 26 años con exantema vesicular 3 días previos al inicio de los síntomas respiratorios, que en la tomografía de tórax presentaba múltiples nódulos en vidrio esmerilado de 1 a 5 mm de diámetro que resolvieron con el tiempo². Davidson et al. mostró su experiencia en 13 pacientes con diagnóstico de neumonía por varicela, 5 pacientes habían tenido alguna alteración en su inmunidad, la presentación tomográfica más común fue nódulos de 1 a 10 mm de diámetro de baja densidad que coalescen y posteriormente forman una consolidación³. En un reporte de casos de pacientes con HIV en Sud-África, 7 de 12 pacientes que fueron hospitalizados por varicela desarrollaron neumonía y recibieron tratamiento antiviral dentro de las primeras 12 horas de admisión, 3 murieron. La mortalidad fue en descenso por la disponibilidad de tratamiento antiviral específico, entre los años 1981 a 1990 era del 53% y entre los años 1990 a 2000 del 22%⁴.

El compromiso pulmonar en pacientes inmunodeprimidos que presentan un cuadro de neumonía por varicela representa una seria complicación con muy alta mortalidad, pero el diagnóstico y tratamiento precoces han demostrado mejorar su evolución.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Eun A Kim, Kyung Soo Lee, Primack SL, Hye Kyung Yoon. Viral Pneumonias in adults: radiologic and pathologic findings. *RadioGraphics* 2002; 22: S137-S149.
2. Cordeiro dos Santos M, Costa Alecrim MG. Varicella pneumonia in an adult. *New England Journal of Medicine*. En <http://www.nejm.org/>, april 1, 2010.
3. Davidson RN, Wlynn, Savage P, Wansbrough-Jones MH. Chickenpox pneumonia: experience with antiviral treatment. *Department of Communicable Diseases and Radiology, St George's Hospital, London. Thorax* 1988; 43: 627-630.
4. Mohsen AH, McKendrick M. Varicella pneumonia in adults. *EurRespir J* 2003; 21: 886-891 DOI: 10.1183/09031936.03.00103202.