

Nota clínica

Neumonía varicelosa en el adulto. Diagnóstico y tratamiento en urgencias

M.^a D. Macías Robles, M. García Peliz, A. González Franco. M.^a E. Suárez González-Fierro, I. García Bear, M. Martínez Muñiz

SERVICIO DE URGENCIAS. *SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS. ASTURIAS.

RESUMEN

La varicela es una enfermedad autolimitada propia de la infancia. Cuando afecta a adultos puede ser un cuadro grave por sus complicaciones, destacando la neumonía por su frecuencia y gravedad. Se presentan dos enfermos de 29 y 34 años con neumonía varicelosa que evolucionaron favorablemente con aciclovir intravenoso. Los adultos con varicela deben recibir un estrecho seguimiento durante la primera semana del rash. Un diagnóstico precoz de la neumonía varicelosa y de la hipoxemia y un tratamiento precoz con aciclovir intravenoso son necesarios para reducir la mortalidad. En adolescentes y adultos sanos con varicela el aciclovir oral es recomendado en las primeras 24 horas del inicio del rash. En pacientes con varicela y alto riesgo para desarrollar neumonía, la quimioprofilaxis con antiviral oral es probablemente beneficioso.

Palabras Clave: *Varicela. Neumonía. Adulto. Urgencias.*

ABSTRACT

Varicela pneumonia in the adult. Diagnosis and treatment in the emergency

The Varicella is a self-limited, disease in childhood. When it affects adults, serious complications can be developed, the most frequent and most dangerous being pneumonia. Adults who develop varicella should be followed closely from the first week the rash. The early administration of intravenous acyclovir and recognition of the severity of the hypoxemia resulting from varicella pneumonia should reduce the mortality of severe varicella pneumonia. Oral acyclovir is effective if it is begun with 24 h of onset of rash, is recommended for treatment of varicella in otherwise healthy adults and adolescents. Oral acyclovir chemoprophylaxis is probably beneficial in high-risk populations with chickenpox.

Key Words: *Varicella. Pneumonia. Adult. Emergency.*

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecciosa autolimitada producida por el virus Varicela Zoster (VVZ). En general es de curso benigno y propia de la infancia. Un 2% afecta a los adultos, apareciendo en este grupo las complicaciones neurológicas, hematológicas y sobre todo destaca la neumonía varicelosa (NV)¹, constituyendo la complicación más grave y frecuente de la varicela en el adulto que aparece en un 14-16% de los casos infectados^{2,3}. Tiene una mortalidad del 10-30% en el adulto sano⁴, que aumenta en el inmunodeprimido y en la embarazada hasta un 40-45%^{5,6}.

Presentamos dos casos de NV en adultos sanos, ambos con hábito tabáquico como único factor de riesgo. Destacamos el manejo de los pacientes adultos con varicela, con o sin neumonía en los Servicios de Urgencias.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Mujer de 29 años, fumadora de 40 cigarrillos/día, sin otros hábitos tóxicos. Acudió a Urgencias por fiebre y lesiones cutáneas máculo-papulosas y vesículas pruriginosas de 24 horas de evolución; su hijo había padecido varicela 15 días antes; fue remitida a su domicilio con el diagnóstico de varice-



Figura 1.

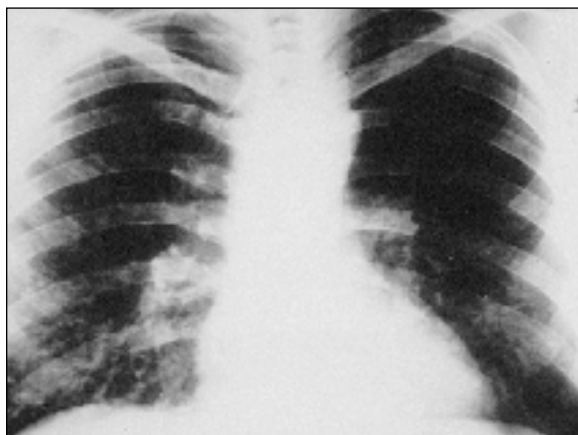


Figura 2.

la y tratamiento sintomático. Dos días después acudió de nuevo con disnea y tos seca. En la exploración destacó: T^a 39°C, hipoventilación con crepitantes en bases y lesiones cutáneas diseminadas en distintos estadios de evolución, compatibles con varicela. En la analítica: leucocitos $4.7 \times 10^9/L$ (25% cayados), resto normal. Pulsioximetría basal: saturación de O₂ del 96%. En la radiografía de tórax (RxT): patrón intersticial retículo-nodular bilateral difuso (Fig.1). Se inició tratamiento con aciclovir intravenoso i.v., con mejoría clínica a partir del 2º día. Se le dio de alta a la semana del ingreso con RxT normal.

Caso 2: Mujer de 34 años, fumadora de 30 cigarrillos/día. Acudió a Urgencias refiriendo unos días después de haber estado en contacto con una niña con varicela, fiebre y lesiones cutáneas de un día de evolución; se diagnosticó varicela y fue alta con medidas sintomáticas. A las 24 horas acudió de nuevo por disnea, tos irritativa y dolor torácico coincidiendo con la tos. En la exploración destacó: T^a 38,5°C, lesiones cutáneas diseminadas papulo-vesículo-costrosas en distintos estadios evolutivos y crepitantes en bases. En la analítica: leucocitos $3.9 \times 10^9/L$ y 100.000 plaquetas; resto normal. Pulsioximetría basal: saturación de O₂ del 92%. En la RxT: infiltrado intersticial bilateral en campos inferiores y perihiliar derecho (Fig.2). Se inició tratamiento inmediato con oxígeno y aciclovir i.v. con mejoría clínica a partir de las 48 horas. Al alta, tras 10 días de ingreso persistían mínimas alteraciones en la RxT, que una semana más tarde fue normal.

DISCUSIÓN

La varicela es una enfermedad benigna propia de la infancia. Cuando se afectan los adultos, puede ser un cuadro grave por sus complicaciones, destacando la neumonía por su frecuencia y gravedad.

La NV tiene una incidencia máxima entre la segunda y la quinta décadas de la vida⁷.

Entre los distintos factores favorecedores del desarrollo de neumonía en el curso de la varicela, en el adulto destacan: 1) El tabaquismo. El consumo de tabaco altera los macrófagos alveolares haciéndolos más susceptibles a la infección por VVZ^{8,9} (un 88% de los pacientes con neumonía por VVZ son fumadores). Este es el único factor de riesgo objetivable en nuestros dos casos. 2) El embarazo. En el tercer trimestre de la gestación la NV es más frecuente y grave, siendo criterio de ingreso hospitalario la aparición de varicela en el curso del embarazo. La depresión de la inmunidad celular, el aumento de los niveles de corticosteroides y las alteraciones en la mecánica respiratoria que se producen en la gestación son las posibles explicaciones^{3,5,6}. 3) Otros factores de riesgo son: inmunodepresión, edad avanzada, EPOC e intensidad del rash cutáneo^{2,7,10} (está bien definida la correlación de la gravedad de NV con el grado de las lesiones cutáneas y su carácter hemorrágico).

Identificar los factores de riesgo para la NV podría tener interés para iniciar la quimioprofilaxis antiviral¹⁰.

La aparición de síntomas respiratorios suele iniciarse entre el primero y sexto días desde el comienzo de las lesiones cutáneas, y muy rara vez precediendo a éstas^{2,4}. La tos no productiva y la disnea son los síntomas más frecuentes, el dolor torácico es menos frecuente y la hemoptisis es excepcional^{2,8,11,12}. Nuestras dos pacientes reúnen las características clínicas.

En nuestra segunda paciente destaca la existencia de una trombopenia moderada que presentó en el momento del ingreso, y que se resolvió espontáneamente en el tercer día. Esta alteración, de recuperación espontánea, se relaciona en la fase aguda con un efecto tóxico directo del VVZ sobre las plaquetas y posteriormente con un mecanismo inmune mediado por anticuerpos antiplaquetas^{7,13}.

El hallazgo radiológico más frecuente es un patrón intersticial, micronodular de distribución bilateral difuso con predominio en bases y/o región perihiliar. Puede progresar a áreas de condensación. Ocasionalmente hay derrame pleural transitorio. Estas lesiones radiológicas pueden persistir durante más de dos semanas a pesar de la mejoría clínica y evolucionar hacia la calcificación residual^{2,7,12,14}.

Existe una disociación clínico-radiológica, con expresión radiológica mayor a la esperada por la clínica^{7,12}. Por ello es recomendable la realización de una RxT a todos los pacientes adultos con varicela, aunque se encuentren asintomáticos desde el punto de vista respiratorio.

La evolución de la NV puede variar desde anomalías radiográficas asintomáticas o escasamente sintomáticas, de resolución espontánea, hasta neumonitis fulminante con insuficiencia respiratoria grave y distrés, hipoxemia refractaria y muerte³. La mejoría clínica se inicia coincidiendo con la resolución del exantema; y cuando en el séptimo día se alcanza la fase de costras, si no se ha producido la evolución hacia distrés es poco probable que ésta ocurra⁷.

La lesión pulmonar de la NV aguda es una necrosis hemorrágica focal de pequeños vasos, con infiltrado mononuclear, exudados de fibrina con macrófagos en el alvéolo e inclusiones eosinófilas intranucleares. Se han descrito granulomas pulmonares persistentes después de la recuperación de la NV^{10,14}.

Los pacientes con hipoxemia grave tienen respuesta favorable a la administración de presión aérea positiva continua (CPAP) por mascarilla facial, siendo éste el método ideal para evitar la intubación y disminuir así el riesgo de sobreinfecciones pulmonares que aumentan en estos pacientes¹⁵.

El aciclovir, un inhibidor de la ADN polimerasa, es el fármaco de elección en el tratamiento de la NV. El inicio precoz de su administración endovenosa se asocia a una mejoría

en 24-48 horas^{7,11,16}, como ha ocurrido en nuestras dos pacientes. Se recomienda tratar a todos los inmunodeprimidos, a las embarazadas y a los pacientes inmunocompetentes sintomáticos y/o con hipoxemia. La dosis utilizada es 5-10 mg/kg/8 horas durante 7-10 días^{7,8,17}. En los pacientes asintomáticos y sin hipoxemia, pero con RxT anormal, sería recomendable indicar observación, al menos durante 72 horas^{8,11,18}.

Los adolescentes y adultos sanos con varicela independientemente de las complicaciones pulmonares podrían beneficiarse del tratamiento con aciclovir oral (800 mg/5 veces/día durante 7 días), siempre que éste se inicie en el curso de las primeras 24 horas; ello aceleraría la curación de la infección localizada y probablemente reduzca la frecuencia de la afectación visceral^{4,10,18,20}. El valaciclovir y famciclovir con una biodisponibilidad oral mayor que el aciclovir (han mejorado la eficacia en el tratamiento del herpes zoster) podrían ser usados en estos casos de varicela en lugar del aciclovir oral; sin embargo no hay experiencia en este sentido^{17,19,21}.

Se concluye que las complicaciones respiratorias de la varicela pueden cursar con síntomas leves e incluso ausentes (a pesar de ser las más graves y potencialmente fatales) y la hipoxemia temprana es un dato esencial en la evolución de estos pacientes⁷. Por ello a todo adulto con varicela que acuda a un Servicio de Urgencias se le debería realizar una RxT y una pulsioximetría. Cualquier alteración será suficiente para iniciar tratamiento antiviral intravenoso^{2,7}.

También destacamos que la quimioprofilaxis con aciclovir oral -o preferiblemente con valaciclovir o famciclovir- podría ser probablemente beneficioso en la población de alto riesgo para NV^{17,19,21}. Sería razonable la selección de adultos con varicela y fumadores para el tratamiento precoz por vía oral. Así, nuestras pacientes hubieran sido dos candidatas idóneas en la primera consulta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Guess HA, Broughton DD, Melton LJ, Kurland LT. Population-based studies of varicella complications. *Pediatrics* 1986;78:723-7.
- 2- Davidson RN, Lynn W, Savage P, Wansbrough-Jones MH. Chickenpox pneumonia: experience with antiviral treatment. *Thorax* 1988;43:627-30.
- 3- Hockberger RS, Rothstein RJ. Varicella pneumonia in adults a spectrum of disease. *Ann Emerg Med* 1986;15:931-4.
- 4- Schlossberg D, Littman M. Varicella pneumonia. *Arch Intern Med* 1988;148:1630-2.
- 5- Esmonde TF, Herdman G, Anderson G. Chickenpox pneumonia: an association with pregnancy. *Thorax* 1989;44:812-5.
- 6- Iribarren Diharassary S, Fernández López A, Martín Posadas M, Santos Calle F, Rodríguez Pinto J. Neumonía varicelosa en el embarazo. *Med Intensiva* 1992;16:286-8.
- 7- Quintana González JI, Rodríguez Pascual L, Morato Arnáiz A, García Arroyo I, Martín Torre E. Neumonía varicelosa en adultos sanos. A propósito de 6 casos. *Arch Bronconeumol* 1996;32:369-72.
- 8- 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;191:314-6.



- 9-** Ellis ME, Neal KR, Webb AK. Is smoking a risk factor for pneumonia in adults with chickenpox? *Br Med J* 1987;294:1002.
- 10-** Gogos CA, Bassaris HP, Vagenakis AG. Varicella pneumonia in adults. A review of pulmonary manifestations, risk factors and treatment. *Respiration* 1992;59:339-43.
- 11-** Golpe Gómez R, García Arangüena L, García Pérez MM, De la Roza Fernández CO, Fernández Rozas SM, Cifrián Martínez JM. Neumonía varicelosa en el adulto previamente sano. *An Med Interna (Madrid)* 1999;16:83-6.
- 12-** De la Cruz Morón I, Alfageme Michavila I, Muñoz Lucena F, Ramos P, Rojas JL, García Polo C. Neumonía varicelosa en adultos: revisión de 13 casos. *Arch Bronconeumol* 1999;35:357-9.
- 13-** Feusner JH, Slichter SJ, Harker LA. Mechanisms of trombocytopenia in varicella. *Am J Hematol* 1979;7:255-64.
- 14-** Meyer B, Stalder H, Wegmann W. Persistent pulmonary granuloma after recovery from varicella. *Chest* 1986;89:457-9.
- 15-** Potgieter PD, Hammond JMJ. Intensive care management of varicella pneumonia. *Respir Med* 1997;91:207-12.
- 16-** Haake DA, Zakowski PC, Haake DL, Bryson YL. Early treatment with acyclovir for varicella pneumonia in otherwise healthy adults: retrospective controlled study and review. *Rev Infect Dis* 1990;12:788-98.
- 17-** Cohen JI, Brunell PA, Straus SE, Krause PR. Recent advances in varicella-zoster virus infection. *Ann Intern Med* 1999;130:922-32.
- 18-** Wallace MR, Bowler WA, Murray NB, Brodine SK, Oldfield III EC. Treatment of adult varicella with oral acyclovir. A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1992;117:358-63.
- 19-** Ogilvie MM. Antiviral prophylaxis and treatment in chickenpox. A review prepared for the UK Advisory Group on Chickenpox on behalf of the British Society for the Study of Infection. *J Infect* 1998;36:(Suppl.1):31-8.
- 20-** Keating MR. Antiviral agents for non-human immunodeficiency virus infections. *Mayo Clin Proc* 1999;74:1266-83.
- 21-** Snoeck R, Andrei G, De Clercq E. Current pharmacological approaches to the therapy of varicella zoster virus infections: a guide to treatment. *Drugs* 1999;57:187-206.