



Carta al Director

Neumonía comunitaria grave por *Chlamydia pneumoniae*

Sr. Director:

Chlamydia pneumoniae es un importante patógeno respiratorio cuyo espectro clínico varía desde formas subclínicas hasta formas graves, siendo la reinfección algo común^{1,2}. De forma habitual, la neumonía comunitaria debida a *Chlamydia pneumoniae* se asocia con un curso clínico benigno, siendo los cuadros graves infrecuentes, ocurriendo habitualmente en pacientes de edad avanzada o con enfermedades crónicas concomitantes, tomando además relevancia clínica en estos grupos la existencia de infecciones u otras enfermedades concomitantes^{1,2}.

Presentamos el caso de una neumonía comunitaria que desarrolló un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de distrés respiratorio del adulto (S.D.R.A) debida a infección por *Chlamydia pneumoniae* en un paciente previamente sano. El diagnóstico fue establecido de forma serológica, demostrando que es la infección primaria.

Paciente de 61 años de edad, con antecedentes personales de intolerancia a los hidratos de carbono e hipercolesterolemia -ambos bien controlados con tratamiento dietético-, que acude a nuestro hospital por presentar cuadro progresivo, de varios días de evolución, de febrícula, tos y disnea de pequeños esfuerzos. A su ingreso en nuestra unidad se encontraba disneico y taquipneico, con cianosis distal. Regularmente perfundido e hidratado, su presión arterial era de 150/89 mmHg y su frecuencia cardíaca de 100 l.p.m -sinusal-. Afebril. A la auscultación cardíaca presentaba un soplo sistólico III/VI en apex, y crepitantes bilaterales -de predominio en hemitórax derecho- a la auscultación pulmonar. Con O₂ en ventimask 50% 15 l.p.m su gasometría arterial era PH 7,40, PaCO₂ 35 mmHg, PaO₂ de 51 mmHg, bicarbonato 23 mmol/l, y una saturación del 85%. Con empleo de mascarilla de alto flujo presentó una discreta mejoría clínica, manteniendo saturaciones del orden del 90-92% y PaO₂ superior a 60 mmHg. Presentaba como alteraciones analíticas una leucocitosis de 29,5x10⁶ (91% PMN) y trombocitosis 544x10⁶. La radiografía de tórax mostraba un infiltrado alveolo-intersticial bilateral. Con el diagnóstico de neumonía comunitaria bilateral se inicia tratamiento de forma empírica según protocolo con claritromicina (500 mg iv/ 12 h) y ceftriaxona (2 g iv / 24 h).

Su evolución fue hacia el agravamiento progresivo, cayendo posteriormente la saturación arterial por pulsioximetría indirecta hasta el 80% y desarrollando mala mecánica ventilatoria a las 36 horas de su ingreso, procediéndose entonces a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, siendo la gasometría inicial con FiO₂ de 0,6 y 15 cm H₂O de

PEEP de PH 7,43, PaCO₂ 39 mmHg, PaO₂ de 60 mmHg, bicarbonato 22 mmol/l, y una saturación del 92%, radiológicamente y hemodinámicamente compatible con diagnóstico de S.D.R.A. Con apoyo inotrópico inicial, pulso de corticoides parenterales, traqueostomía por intubación prolongada, fue dado de alta de nuestra unidad a los 32 días de su ingreso.

Entre los cultivos y serologías solicitadas durante su ingreso (anteginuria para *legionella* y *neumococo*, hemocultivos, broncoaspirado, catéter telescopado, urocultivo, serología para CMV, *Ch. psitacci*, *Coxiella burnetti*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella*, *herpesvirus*,...), sólo se obtuvo positividad en la serología IgM a *Clamydia pneumoniae* (1/160 en determinación del ingreso y 1/320 en segunda determinación a los 15 días) y *adenovirus* (1/320 en ambas extracciones). Marcadores tumorales, autoinmunitarios y reumatológicos resultaron negativos. El ecocardiograma mostró buena contractilidad, con fracción de eyección normal.

Chlamydia pneumoniae ha sido implicada como agente etiológico hasta en el 16% de las neumonías comunitarias que se desarrollan en pacientes inmunocompetentes³. La aparición de neumonía grave (con desarrollo de insuficiencia respiratoria) ocurre usualmente en pacientes de edad avanzada o que presentan enfermedades concomitantes tales como la insuficiencia cardíaca congestiva o bronconeumopatía crónica, ocurriendo habitualmente la muerte como consecuencia de los procesos asociados o por la infección concomitante por neumonía neumocócica⁴.

La neumonía comunitaria grave producida por *Chlamydia pneumoniae* en pacientes previamente sanos es un hecho poco recogido en la bibliografía (sólo se han descrito cuatro casos hasta el año 2003)⁵, aunque en todos ellos no se pudo llegar a excluir la coinfección con otro germen. Junto con las infecciones concomitantes, la reinfección también se relaciona directamente con el incremento en la gravedad del cuadro.

El diagnóstico de laboratorio es difícil de conseguir⁴. La técnica de inmunoelectroforesis muestra un incremento en los títulos de anticuerpos, una IgM >1/16 y un IgG > 1/512⁶. Los patrones muestran una elevación en los títulos de IgM seguido por un incremento en la IgG después de la segunda semana de la infección. En pacientes previamente expuestos la infección aguda se caracteriza por un incremento rápido en los títulos de IgG en ausencia del ascenso en los títulos séricos de IgM⁴.

En nuestro caso los títulos iniciales altos de IgM (no habitual en este germen) podrían corresponder a una evolución de proceso respiratorio (que motivó el ingreso del paciente) mayor de la presupuesta, así como los títulos para el adenovirus (pudiendo corresponder a una coinfección o a una infección concomitante de otra localización). La posibilidad para

falsos positivos fue descartada ante la negatividad de marcadores reumatológicos. Este caso podría avalar que *Chlamydia pneumoniae* pudiera ser considerada en el diagnóstico diferencial de los gérmenes que causan neumonía comunitaria grave complicada con insuficiencia respiratoria hipoxémica no sólo en pacientes inmunocomprometidos y/o ancianos, sino también en pacientes previamente sanos.

1- Kuo CC, Jackson LA, Campbell LA, Grayston JT. *Chlamydia pneumoniae* (TWAR). Clin Microbiol Rev 1995;8:451-61.

2- Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2000;31:347-82.

3- Marik PE, Iglesias J. Severe community-acquired pneumonia, shock and multiorgan dysfunction syndrome caused by *Chlamydia pneumoniae*. J Intern Med 1997;241:441-4.

4- Grayston JT. Infections caused by *Chlamydia pneumoniae* strain TWAR. Clin Infect Dis 1992;15:757-63.

5- Balis E, Boufas A, Iliopoulos I, Legakis NJ, Zerva L. Severe Community-Acquired Pneumonia with Acute Hypoxemic Respiratory Failure Due to Primary Infection with *Chlamydia pneumoniae* in a Previously Healthy Adult. Clin Infect Dis 2003;36:155-7.

A. Córdoba López, J. Monterrubio Villar,

I. Bueno Álvarez-Arenas(*), G. Corcho Sánchez

(*Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Comarcal de Don Benito. Badajoz.