

Neumonía adquirida en la comunidad producida por el virus de la gripe A (H1N1).

Teijeiro Bermejo MC *, Maita Linares K **, Carbajosa Alcántara E***, Martínez Sáez M S ****.

* *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de 3^{er} año. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

** *Licenciada Especialista Sanitaria en Medicina de Familia y Comunitaria.*

*** *Licenciada Especialista Sanitaria en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. Zamora (España).*

**** *Especialista de Área. Medicina Preventiva. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: mteijeirob@gmail.com

RESUMEN

Se presenta un caso de neumonía adquirida en la comunidad producida por virus de la gripe A (H1N1). Se trató de una paciente joven que comienza de forma brusca con malestar general, dolores articulares, fiebre elevada, tos y disnea. La analítica mostró dímero D: 1206 (N 0.00-500).

En la Rx de tórax no se apreciaron signos de condensación pulmonar por lo que la clínica de la paciente, asociada a los datos analíticos hicieron pensar en la posibilidad de que se tratara de un tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA), motivo por el que se solicitó un Angio-TAC que no fue definitivo para TEPA pero con aplicación de ventana de parénquima pulmonar mostró áreas parcheadas de aumento de densidad en vidrio deslustrado en ambos campos pulmonares, sugerentes de neumonía, y se inició el tratamiento oportuno. Se solicitó PCR para influenza (H1N1) que resultó positiva. Se procedió al aislamiento respiratorio de la paciente, y se asoció al tratamiento previo oseltamivir. La evolución posterior fue favorable, permaneció afebril, y fue dada de alta.

PALABRAS CLAVE

Neumonía. Condensación pulmonar. Tromboembolismo pulmonar. PCR para influenza H1N1.

ORIGINAL

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Motivo de consulta: Fiebre y malestar general.

Antecedentes personales y anamnesis: No reacción adversa conocida a medicamentos. Fumadora de 15 cigarrillos/día. Neumonía adquirida en la comunidad a los 22 años. Intervenida de osteocondroma en rodilla derecha. No HTA. No diabetes mellitus.

Mujer de 29 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias y refiere haber comenzado hace 12 horas de forma brusca con un cuadro de malestar general, escalofríos, sudoración, dolores articulares, mialgias, cefalea, dolor de garganta, tos seca, dolor torácico en relación con la tos, fiebre termometrada en domicilio de 38.5°C y disnea.

Exploración física: TA:125/63 mmHg, FC 111 lpm, Tª 38.5°C, Sat O2: 92%. Mal estado general, consciente y orientada, normohidratada y normoperfundida, taquipneica. Cabeza y Cuello: no ingurgitación yugular, no adenopatías. Aparato respiratorio: leve disminución generalizada del murmullo vesicular con algunas sibilancias y crepitantes bilaterales. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: blando, depresible sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. No masas ni megalias. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias realizadas en

Urgencias: Analítica general: Hemograma: Hematíes 4.33 millones (4.00-5.00), Hb 13.4 (12.5-16.0), Hto 39.9 (37.0-47.0), VCM 92.1 (80.0-97.0), Leucocitos 5.31 (4.00-11.00), 83.3% de neutrófilos (45.0-70.0), Plaquetas 227103 (140-450). Coagulación: T^o protrombina 92% (70-120), INR 1, Dímero D: 1206 (0.00-500.00). Bioquímica: Glucosa 114 mg/dL (70-110), Urea 25 mg/dL (5-50), Creatinina 0.79 mg/dL (0.50-1.50), Na 139 mEq/L (135-150), K 3.4 mEq/L (3.0-5.0), Lactato 1.8 mmol/L. Gasometría arterial: pH: 7 (7.35-7.45), PCO₂: 32.5 mmHg (35-45), PO₂: 53.6mmHg (83-100), HCO₃⁻: 22.1 mmol/L (21-26), Exceso de Bases -1 mmol/l (-2 -- +3), Sat O₂: 90.1% (95-99).

ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, sin alteraciones de la repolarización, sin sobrecarga de cavidades.

Rx Tórax: sin cardiomegalia, sin imágenes de condensación pulmonar.

Angio-TAC: se informó como artefactado por movimientos respiratorios de la paciente, no pudiendo confirmar ni descartar TEPA. Sin embargo con ventana de parénquima pulmonar se apreciaron áreas parcheadas de aumento de densidad en vidrio deslustrado en ambos campos pulmonares, sugerentes de neumonía.

Tratamiento y evolución: Paciente que llegó al Servicio de Urgencias con muy mal estado general, febril y disnea. Se realizó Rx de tórax donde no se objetivaron condensaciones. Dada la discrepancia del cuadro clínico con unas imágenes radiológicas sin hallazgos patológicos y un dímero D elevado se decidió realizar angio-TAC, que no fue concluyente para TEPA. Sin embargo aplicando dispositivo de ventana de parénquima pulmonar, se visualizaron imágenes sugerentes de neumonía. Con estos hallazgos, junto al cuadro clínico que presentaba la paciente, se decidió su ingreso en la planta de Neumología donde se inició tratamiento con oxigenoterapia, broncodilatadores, levofloxacino y ceftriaxona. Dado que nos encontrábamos en ese momento en el pico mas alto de casos de gripe A de la temporada 2013/2014 en Castilla y León, se solicitó PCR para influenza (H1N1) que resultó positiva. Se procedió al aislamiento respiratorio de la paciente, añadiéndose al tratamiento pautado previamente, oseltamivir (Tamiflu®). La evolución posterior fue favorable, **permaneció** afebril, y **fue** dada de alta.

DISCUSIÓN.

La pandemia de gripe A (H1N1) se inicia a finales de marzo del 2009 en México. Llega a Europa en abril del mismo año, siendo España el primer país de la Unión Europea afectado. Según datos aportados por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, el pico de casos graves hospitalizados confirmados de gripe se produjo en la temporada 2013/2014, en la semana epidemiológica 3 (del 13 al 19 de Enero del 2014). El virus gripal detectado con mayor frecuencia en este grupo de pacientes fue el virus A (H1N1). Los factores de riesgo mas frecuentes encontrados fueron la enfermedad pulmonar crónica en los hombres y la diabetes mellitus en las mujeres. La complicación mas frecuente tanto en hombres como en mujeres fue la neumonía.

Según datos aportados por el servicio de Medicina Preventiva del Hospital Virgen de la Concha de Zamora durante los meses de enero y febrero del 2014 fueron confirmados 51 casos de gripe en este complejo hospitalario, de ellos 44 fueron A (H1N1). De los 44 casos confirmados de gripe A (H1N1) dos ingresaron en UVI, siendo uno de ellos éxitus, aunque por causas ajenas a la gripe.

La característica principal de la nueva gripe A (H1N1) que la diferencia de la estacional, es la posibilidad de una forma de presentación más grave en jóvenes y adultos menores de 60 años. Una de las complicaciones más frecuentes de esta gripe es la neumonía que puede ser vírica (neumonía viral 1^a) o bacteriana (coinfeción) y se presenta con infiltrados únicos o bilaterales y con un curso rápidamente progresivo con insuficiencia respiratoria y distress, como se observó en esta paciente. Analíticamente es frecuente encontrar valores elevados de CK, transaminasas, LDH, urea, creatinina, PCR y dímero D (como en el caso que nos ocupa).

Existen dos tipos de antivirales en el tratamiento de la gripe: Los inhibidores de la neuraminidasa como el oseltamivir y el zanamivir y los adamantanos como la amantadina y la rimantadina. El virus A (H1N1) es sensible a los inhibidores de la neuraminidasa y resistente a los adamantanos.

Se recomienda la administración de antivirales a los casos sospechosos, probables o confirmados de gripe que requieran hospitalización o a las personas que tengan un riesgo más elevado de sufrir complicaciones. Mejora el pronóstico de estos enfermos el inicio temprano del tratamiento, si es posible en las primeras 48 h. Dado que se ha

demostrado que existe un riesgo importante de sobreinfección bacteriana, es necesaria también la cobertura antibiótica de estos procesos neumónicos, como se hizo en este caso.

CONCLUSIONES.

La infección por virus de la gripe A (H1N1) produce, en un 2-5% de los casos, complicaciones pulmonares graves de evolución muy rápida, afectando con frecuencia a personas jóvenes, siendo la más frecuente la neumonía. No siempre existe una correlación entre la clínica y las imágenes radiológicas, de forma que la falta de condensaciones pulmonares no descarta la existencia de neumonía, como en el caso que nos ocupa, donde fue un hallazgo casual en el estudio de angio-TAC .

En la neumonía por virus de la gripe A es frecuente la coinfección bacteriana por lo que se recomienda para el tratamiento de estos procesos una cobertura antibiótica asociada a antivirales inhibidores de la neuraminidasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cesario TC. Viruses Associated with Pneumonia in Adults. *Cin Infect Dis*. 2012;55(1):107-13.
2. Ruuskanen O, Lahti E, Jennings LC, Murdoch DR. Viral Pneumonia. *Lancet*. 2011;377:1264-1275.
3. Johansson N, Kalin M, Hedlund J: Clinical impact of combined viral and bacterial infection in patients with community-acquired pneumonia. *Scand J Infect Dis*. 2011; 43:609-615.
4. Khandaker G, Dierig A, Rashid H, King C, Heron L, Booy R. Systematic review of clinical and epidemiological features of the pandemic influenza A (H1N1) 2009. *Influenza Other Respir Viruses*. 2011 May;5(3):148-56.
5. Wang M, Cai F, Wu X, Wu T, Su X, Shi Y. Incidence of viral infection detected by PCR and real-time PCR in childhood community-acquired pneumonia: a meta-analysis. *Respirology*. 2015 Apr; 20(3):405-12