

NEUMOLOGIA

NEUMONIA RECURRENTE EN PACIENTE JOVEN (Reporte de un caso y revisión de Bibliografía)

Esteban Soto Herrera *

Dimas Tagarro Fuster **

Luis Gerardo Soto Brenes ***

SUMMARY

Recurrent pneumonia is an important clinical problem defined as the presence of at least two episodes of acute pulmonary involvement in one year or a lifelong total of three or more episodes. Is more common observed in the pediatric population and patients with a compromised immune system. There is no doubt that, the recurrence of a pulmonary infectious disease should point us to seek an underlying pathology, which facilitates its occurrence. We present the case of a 21 year old patient who had three episodes of bronchopulmonary infection with the same radiologic location during a period of four years. Finally the

presence of bronchiectasis as underlying cause was determined.

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia, nos enfrentamos al reto que supone, un paciente que acude a consulta, con una historia de neumonías de repetición y múltiples ingresos hospitalarios. Se trata de un grupo de pacientes, frecuentemente subvalorados, en los que en muchas ocasiones solo se ha contemplado el momento agudo del problema y en consecuencia, han sido estudiados en forma parcial.⁽⁴⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años, vecina de Río Segundo Alajuela, soltera; portadora de asma bronquial desde la infancia. Con antecedente de internamientos en el Servicio de Medicina de mujeres del Hospital San Rafael con el diagnóstico de bronconeumonía basal izquierda en los meses de octubre y diciembre de 1999. Se le realizaron entre otros estudios, frotis por BK, HIV, cultivo por piogenos negativos y lavado bronquial también negativo por células malignas. Las radiografías de tórax mostraron hallazgos similares con una imagen sugestiva de infiltrado

* Médico y cirujano, Universidad de Costa Rica.

** Médico y cirujano, Especialista Medicina Interna Universidad de Costa Rica. Medicina

Pulmonar, Universidad de Gales, Reino Unido, Inglaterra. Servicio de Medicina Interna, Hospital San Rafael, Alajuela, Costa Rica. Profesor del curso de medicina interna de la Universidad Latina de Costa Rica.

*** Médico y cirujano. Especialista en Medicina Interna Universidad de Costa Rica .. Jefe de Clínica.

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Rafael. Alajuela, Costa Rica. Coordinador y profesor del curso de medicina interna de la Universidad Latina de Costa Rica.

neumónico basal izquierdo con cierto componente de atelectasia. Además una broncoscopia que documenta traquea central normal, carina de aspecto sano, lado derecho sano, lado izquierdo con abundantísima secreción blanquecina saliendo de segmentos basales; y un US abdomen normal en noviembre. Posterior a cada internamiento, la paciente presentó buena evolución clínica y radiológica. En julio del 2003 nuevamente presenta cuadro bronconeumónico con la misma localización. Las placas de tórax mostraron alteraciones pleuropulmonares estructurales semejantes a las del 99. Se le realizó una tomografía axial computarizada que mostró una pérdida de volumen de pulmón izquierdo por compromiso fibrobronquiectático del lóbulo basal y una bronquiectasia en el segmento inferior de la llingula. Finalmente la paciente fue intervenida quirúrgicamente en agosto del 2003 con resección de la llingula y segmento superior de lóbulo inferior izquierdo y drenaje de empiema. Posterior a eso la paciente ha cursado con excelente evolución.

DISCUSIÓN

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que puede estar producida por diversas especies bacterianas, virus, hongos y parásitos. La neumonía no es, por tanto, una enfermedad única, sino

un grupo de infecciones específicas, cada una con su epidemiología, patogenia, presentación clínica y evolución diferentes. (2) Algunas veces, el clínico puede verse enfrentado a pacientes con síntomas y signos e infiltrados radiográficos que sugieren el diagnóstico de neumonía pero que no responden al tratamiento antibiótico en la forma esperada. (13) Este problema está relacionado en gran medida con nuestra incapacidad para diagnosticar la neumonía en forma definitiva, ya que en la mayoría de los enfermos no se identifica el agente etiológico y el tratamiento suele ser empírico, basado en criterios clínico-epidemiológicos. (13) El problema se puede plantear de tres formas: neumonía de lenta resolución, neumonía sin resolución y neumonía recurrente. (5) Es de nuestro interés en este caso revisar algunos conceptos sobre la última de ellas. El término neumonía recurrente corresponde a episodios de infección pulmonar aguda que ocurren en el mismo paciente dos o tres veces durante el lapso de un año; o la presencia de tres o más sin límite de tiempo. (4,5,9,11,13) La definición requiere que haya completa resolución clínico-radiográfica por lo menos durante un mes entre los episodios, para diferenciarla de recaídas o neumonías sin resolución. Al limitar el problema al lapso de un año, es más probable que los mecanismos etiopatogénicos involucrados en

las recurrencias (neoplasia broncogénica, cuerpo extraño endobronquial, bronquiectasias, etc) sean comunes en los distintos episodios. (13)

La mayoría de la literatura existente con respecto a esta patología corresponde más que todo a estudios en la población pediátrica, siendo mucho más frecuente en este grupo etareo. A pesar de esto, tanto la prevalencia o como la incidencia de N.R. en niños es casi inexistente. (6,13). Algunos autores han aportado datos relativos a la frecuencia con la que se observan estos procesos, con incidencias de 8 a 10%. (4, 10,13) Las vías aéreas normales tienen por sí mismas mecanismos de defensa desde las narinas hasta los alveolos que protegen los pulmones contra injurias e infecciones. La ausencia o deficiencia de cualquiera de estas defensas naturales o un compromiso del sistema inmune llevara a una aumentada susceptibilidad a infecciones recurrentes. (11) La recurrencia de un proceso infeccioso a nivel pulmonar indudablemente nos debe orientar a hacia la búsqueda de una patología de fondo que facilite la ocurrencia del mismo. Dentro de los reportes más grandes descritos se encuentra un estudio retrospectivo por Owayed con 2952 niños hospitalizados por neumonía, 8% de ellos tenían criterios de NR. Siendo diagnosticada una enfermedad de base en el

92%. En su estadística el mayor número correspondía a síndromes aspirativos (47.9%), seguido de defectos inmunológicos (14,3%) y del asma bronquial (8.1 %) entre otros.(10) La posible etiología de NR se puede agrupar de acuerdo a su localización, ya sea esta idéntica en algunos casos y variable en otros (5). La recurrencia en el mismo lóbulo sugiere la existencia de un factor anatómico local.(11,13) Dentro de las posibles causas con idéntica localización podemos citar las siguientes: Malformaciones congénitas como las lesiones quísticas;(8,11) secuelas de procesos anteriores, por ejemplo el caso de las bronquiectasias, una enfermedad primaria de los bronquios y bronquiolos creando un círculo vicioso de infección transmural e inflamación con liberación de mediadores reteniendo así, secreciones inflamatorias y microbios que causan obstrucción y daño a la vía aérea e infecciones recurrentes;(1) el secuestro pulmonar, que se refiere a la presencia de una masa embrionaria compuesta de tejido pulmonar primitivo no funcional que no tienen conexión con el árbol traqueobronquial;(8) síndrome del lóbulo medio; y obstrucciones de la luz bronquial como ocurren en la tuberculosis en su forma ganglionar, aspiración de cuerpo extraño y algunas formas tumorales como los linfomas Hodgkin y no Hodgkin.(5,8,11)

Por otro lado, como posibles cau-

TABLA 1. CAUSAS DE NEUMONIA RECURRENTE

Localización	Fisiopatología
Unilobar	Obstrucción: cuerpo extraño, neoplasia, ganglio linfático. Enfermedad del parénquima: bronquiectasias, secuestro, quiste broncogénico
Multilobar	Aspiración: enfermedades del esófago, SNC, neuromuscular. Inmunodeficiencia: deficiencia inmunidad humoral y del complemento. Disfunción mucociliar: fibrosis quística, discinesia ciliar primaria. Congénita: traqueobroncomegalia Inflamatoria: asma bronquial, aspergilosis broncopulmonar alérgica. Enfermedad sistémica: diabetes mellitus

(Fuente: Saldías, 1999)

sa de NR con localización variable tenemos: Los síndromes de ID humorales especialmente las deficiencias de IgG e IgA, (5,13) la ID esporádica común variable, causa más frecuente de ID en el adulto, la cual tiene como complicaciones más frecuentes neumonías bacterianas recurrentes y supuración bronquial.(3). Las ID celulares constituidas fundamentalmente por el síndrome de DiGeorge, el síndrome de ID severa combinada y el síndrome de ID adquirida,(5) especialmente con neumonías por P. carinii y H. influenzae.(13) Además se menciona la fibrosis quística, las alteraciones mucociliares como la discinesia ciliar, síndrome s aspirativos(5) y anomalías estructurales como el

síndrome de Mounier-Kunh o traqueobroncomegalia, caracterizado por marcada dilatación traqueal.(14) En fin muchas enfermedades sistémicas y torácicas pueden causar infección recurrente del tracto respiratorio inferior (Tabla 1). El abuso de alcohol, la insuficiencia cardíaca congestiva y la diabetes son las principales comorbilidades que afectan la respuesta inmune sistémica del huésped y están asociadas a neumonía recurrente. Las bronquiectasias y la EPOC deterioran los mecanismos de defensa local del pulmón, favoreciendo la infección recurrente. (13) Como hemos visto, varios trastornos pueden predisponer a un paciente a NR, pero una proporción substancial de indivi-

duos con NR no tienen un condición subyacente aparente. Estos, sin embargo, podrían tener defectos no conocidos en los mecanismos de defensa, por ejemplo un disminuido reflejo de la tos durante la noche que lleve a aspiración de secreciones que podrían contener cantidades de bacterias substanciales, llevando esto al desarrollo de los procesos infecciosos.(8)

A la hora de planteamos un protocolo diagnóstico y terapéutico ante un paciente con N.R. debemos considerar al menos 3 aspectos fundamentales. Primero, no es posible hablar de "protocolo terapéutico" dada la multiplicidad etiológica de las mismas. Segundo se debe definir bien los términos de neumonía no resuelta o persistente, de lenta resolución y la recurrente; para así considerar los posibles factores que facilitan cada situación. En tercer lugar es un error encasillar a todos los pacientes en un esquema estricto de pruebas complementarias sino que se debe realizar una orientación en base a una buena historia clínica;(5) la cual en muchas ocasiones nos permitira identificar una enfermedad de base. Se debe realizar un enfoque individualizado y racional. (6) La edad del paciente ayuda a limitar las posibilidades de diagnóstico; por ejemplo podemos tomar la presencia de anomalías estructurales de las vías aéreas que aparecen con mayor frecuencia en los primeros meses de vi-

da.(5) De igual manera ciertas inmunodeficiencias, se presentan temprano en la infancia.(11) . Si añadimos a todo esto, los datos de la exploración física es muy posible que podamos concretar aún más, la hipótesis diagnóstica (5).

Dentro de las exploraciones consideradas de rutina podemos incluir la práctica de una PPD, el hemograma completo, la práctica de un test del sudor y estudios básicos de función pulmonar de ser posible (5). La radiografía de tórax es un método diagnóstico fundamental cuando hablamos de neumonía, debemos conocer la historia natural de la infección pulmonar y su evolución radiológica. A su vez podemos localizar la lesión y compararla con radiografías anteriores. Es necesario el control radiológico de una neumonía como término medio un mes después del diagnóstico para comprobar su resolución, (8) la falta de un control, impide la catalogación clara en persistente o recurrente. (5) Podemos completar el estudio mediante una serie de técnicas dirigidas que incluyen exploraciones radiológicas más complejas, exploraciones alergológicas, digestivas, inmunológicas y el estudio de los cilios. Finalmente, si no hemos podido concretar el proceso diagnóstico será necesario la práctica de exploraciones específicas de entre las que destacamos, la fibrobroncoscopia, resonancia magnética, angiografía y biopsia. (5)

Es de nuestro particular interés, en base a la experiencia con el caso presentado, enfatizar la enorme importancia que encierra un adecuado análisis de los hallazgos radiográficos a la hora de abordar un paciente con neumonía recurrente; realizando un estudio integral de la evolución clínica y radio lógica del paciente desde el inicio de los síntomas, lo cual, indudablemente en este caso específico, fue la clave para llegar al diagnóstico definitivo.

RESUMEN

El término neumonía recurrente es un problema clínico importante que se define como la presencia de al menos dos episodios de infección pulmonar aguda durante el lapso de un año; o la presencia de tres o más sin límite de tiempo. Dicha patología se observa más frecuentemente en la población pediátrica y en pacientes inmunosuprimidos. La recurrencia de un proceso infeccioso a nivel pulmonar indudablemente nos debe orientar a hacia la búsqueda de una patología de fondo que facilite la ocurrencia del mismo. Presentamos el caso de una paciente de 21 años que presentó 3 cuadros bronconeumónicos con la misma localización radiológica en un lapso de 4 años documentándose finalmente la presencia de bronquiectasias como causa subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barker A. Bronchiectasis. NEJM 2002 346, 1384.
2. Braunwald E, Pauzi A. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15 edición. Mexico. Editorial McGraw-Hill Interamericana editors, S.A.2001
3. Cadranel J, Bouvry D. Respiratory manifestations of common variable immunodeficiency in adults. Rev Mal Respir. 2003 20, 126
4. Ciftci E, Gunes M. Underlying causes of recurrent pneumonia in Turkish children in a university hospital. J Trop Pediatr 2003. 49, 212.
5. Liñan S.(2000,6) Patología Pulmonar Recurrente de origen infeccioso. [Congreso Nacional Ordinari o] Disponible: http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Santos_Liñan.htm.
6. Mello, David. Recurrent pneumonia in a pediatric pulmonary outpatient unit: definition and prevalence. J Pediatr (Rio J) 2000 76, 44-48
7. Navarro M, Andres A.(2002) Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Disponible: <http://www.aeped.es-protocols-neumologia-9.pdf>.
8. Nawaz A.(2003,1) Pulmonary sequestration. [e medicine] disponible: <http://www.emedicine.com/radio/topic585.htm>
9. Niimi A, Matsumoto H. Irilpaired cough reflex in patients with recurrent pneumonia. Thorax 2003 58,152-153.
10. Owayed A, Campell D. Underlying causes of recurrent pneumonia in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2000 154, 190-4
11. Patel P, Nelson L. Pneumonia that recurs: your diagnostic challenge. Contemp Pediatr 2003 20(3):82-106.
12. Rello, Mariscal, March. Recurrent Pseudomonas aeruginosa Pneumonia in Ventilated Patients. Relapse or Reinfection? Am. J. Respir. Crit Care Med. 1998 157,912-916.
13. Saldías F. (1999) Neumonías de lenta resolución y recurrentes.[boletn Escuela de Medicina Pontificia. Universidad de Chile]disponible: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Neumonia/Neumonia-09.html>.
14. Schwarz, M. A 60 year old man with recurrent pneumonias. Chest 2001; 119 1590-1592.