

Neumonía por varicela en paciente con sida.

Varicella pneumonia in a patient with AIDS

Priscila Milagros Díaz-Rodríguez¹,
Leonidas Carrillo-Ñañez².

Díaz-Rodríguez P, Carrillo-Ñañez L. Neumonía por varicela en paciente con sida. Rev Soc Peru Med Interna. 2022;35(3): 108-112.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36393/spmi.v35i3.679>

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 21 años de edad, con antecedente de VIH/SIDA sin tratamiento antirretroviral y sin antecedente de haber sufrido de varicela o haber sido vacunado, quien desarrolló lesiones dérmicas de varicela y en la radiografía de tórax presentó micronódulos bilaterales y difuso e hipoxemia. Se diagnosticó neumonía por varicela con insuficiencia respiratoria, como primoinfección, y la respuesta al aciclovir endovenoso y oxigenoterapia fue favorable.

Palabras claves: varicela, neumonía, VIH, sida, aciclovir.

ABSTRACT

We present the case of a 21-year-old male with a history of HIV/AIDS without antiretroviral treatment and no history of having suffered from chickenpox or having been vaccinated, who developed dermal chickenpox lesions and presented bilateral and diffuse micronodules and hypoxemia on the chest x-ray. Chickenpox pneumonia with respiratory failure was diagnosed as a primary infection, and the response to intravenous acyclovir and oxygen therapy was favorable.

Keywords: chickenpox, pneumonia, HIV, AIDS, acyclovir.

INTRODUCCIÓN

La varicela es una infección exantemática causada por el virus varicela zoster, siendo su estado de mayor contagio en la niñez, de curso benigno, cuyo contagio por exposición domiciliar alcanza hasta el 90%, mientras que la extradomiciliar llega entre 10 a 35%.¹ En los adultos suele tener un comportamiento agresivo siendo los más afectados los inmunosuprimidos por el VIH, quienes cursan con mortalidad de hasta el 50%, y quienes cursan con insuficiencia respiratoria.² El contagio se produce por inhalación del virus contenido en las secreciones de la nasofaringe de las personas infectadas, lo que ocasiona una infección inicial del epitelio respiratorio, luego se desarrolla una erupción cutánea maculopapular y en algunos casos,

complicaciones que pueden comprometer diversos órganos como pulmón, meninges, pericardio, páncreas.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 21 años, natural de Iquitos, procedente de Comas, Lima, estudiante de enfermería técnica, soltero, quien fue admitido a nuestro servicio con un tiempo de enfermedad de 10 días, inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por sensación de alza térmica, lesiones papulovesiculares difusas en el cuero cabelludo y rostro. Ocho días antes del ingreso, las lesiones papulares y vesiculares tuvieron extensión hacia el resto del cuerpo con distribución cefalocaudal, acompañado de parestesias, moderado dolor urente, en ocasiones dificultando la conciliación del sueño. Cuatro días antes del ingreso se agregó odinofagia y disfagia intensa a sólidos, las lesiones del rostro se tornaron de aspecto costroso con secreción melisérica, mientras que las lesiones en el resto del cuerpo seguían su curso evolutivo. Un día antes del ingreso, las lesiones del rostro tenían aspecto de pústulas con escasa secreción amarillo verdosa, además se agregó prurito en ambos ojos, con secreción conjuntival amarillenta y edema palpebral, dificultando parcialmente la apertura ocular.

¹ Médico Residente de medicina interna. Facultad de Medicina Hipólito Unanue, Universidad Nacional Federico Villarreal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.

² Médico internista. Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú.

El paciente tenía el antecedente de infección por VIH desde hace 2 años, sin recibir tratamiento antirretroviral. Sus hermanos de 18 y 4 años de edad tuvieron varicela no complicada dos y tres semanas previas, respectivamente. Negó haber recibido vacuna contra la varicela y haber presentado infección por varicela durante su niñez. Al examen físico presentó temperatura de 39.2°C. En piel se halló pápulas, vesículas y pústulas agrupadas en



Figura 1. Lesiones vesicopustulosas de varicela.



Figura 2. Lesiones dérmicas en diferentes estadios de varicela.

regiones proximales como hombros y muslos, y difusas en regiones distales del cuerpo como antebrazos y piernas, de distribución cefalocaudal y centripeta. Resaltaba en su rostro lesiones costrosas meliséricas con secreción purulenta amarillo verdoso, doloroso a la digitopresión, y blefaroconjuntivitis (Figuras 1 y 2). El resto del examen sin alteraciones.

Los exámenes auxiliares al ingreso: hemoglobina 16,10 g/dL, leucocitos 4 290/mm³ (ab 4%, mon 2%, seg 75%, linf 19%), plaquetas 128,000/mm³, Na 131 mEq/L, TGO 282,7 U/l, TGP 228,6 U/l, GGT 536 U/l, fosfatasa alcalina 273 U/l; y, VIH reactivo, CD4 185, carga viral 188 000 copias/ml.

Al quinto día de hospitalización, el paciente presentó disnea moderada, tos exigente con expectoración amarillenta escasa. No se auscultó ruidos agregados en los pulmones. Ante la evidencia del compromiso respiratorio se tomó una radiografía de tórax (Figura 3) la cual mostró micronódulos bilaterales difusos. En la gasometría arterial: pH 7,39, pCO₂ 40,6 mm Hg, pO₂ 50,9 mm Hg, pO₂/FiO₂ 243, demostrando insuficiencia respiratoria hipoxémica. Ante esta evidencia clínica, epidemiológica y evolutiva en un paciente con inmunosupresión severa, se asumió el diagnóstico de neumonía varicelosa, lo que motivó a instaurar el tratamiento con soporte oxigenatorio por cánula nasal a FiO₂ 40% y en paralelo se inició tratamiento con aciclovir 800 mg EV cada 8 horas durante 10 días. Además de ello, recibió antibiótico tópico ocular con moxifloxacino y tetraciclina durante 14 días y antibiótico endovenoso con clindamicina y oxacilina por 10 días. El paciente presentó mejoría clínica, disminuyéndose el aporte oxigenatorio hasta lograr su completo destete y una resolución de las lesiones pulmonares evidenciado en su control radiológico (Figura 4) a los cinco y siete días respectivamente. Las lesiones cutáneas mejoraron a las tres semanas de iniciada la infección por varicela (Figura 5 y 6).

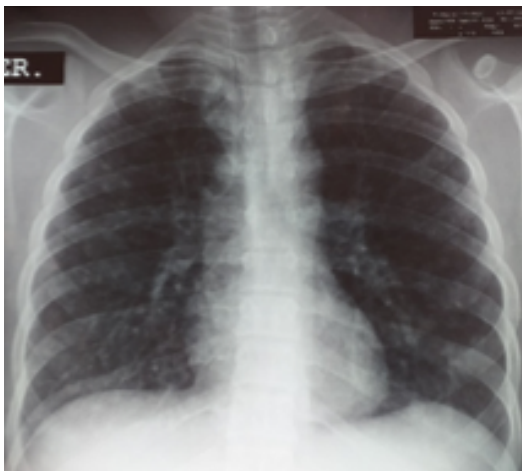


Figura 3.

Radiografía de tórax frontal (PA): múltiples imágenes micronodulares, bien definidas, diseminadas en ambos campos pulmonares. Figura 4. resolución de las lesiones pulmonares.

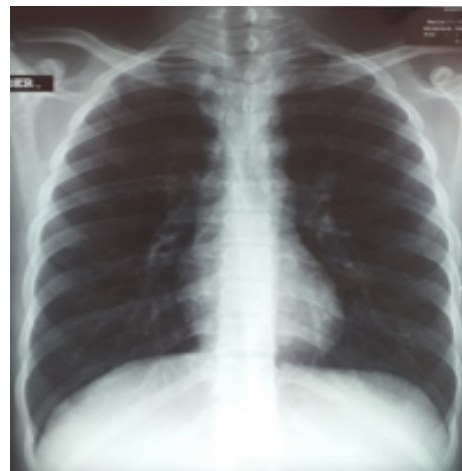


Figura 4.



Figura 5. Lesiones dérmicas costrosas de varicela en remisión.

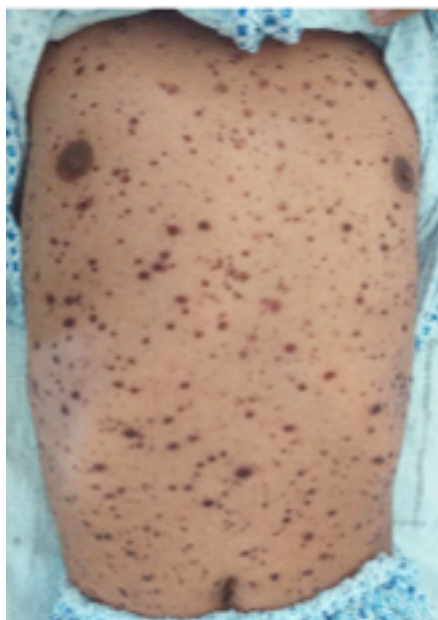


Figura 6. Lesiones dérmicas de varicela en remisión.

DISCUSIÓN

La infección por varicela, generalmente, es causa de morbimortalidad en la población que no tuvo varicela durante su infancia, aquejando a personas inmunocompetentes como inmunosuprimidos, siendo estos últimos los más afectados. Y, hasta un 20% de las personas inmunizadas contra el virus de la varicela pueden presentar varicela atípica, no vesicular.

Para desarrollar una infección por varicela en pacientes con VIH no es necesario tener CD4 menor de 200 células/mm³, pues esta infección no es considerada como determinante de estadio SIDA.⁴ En cambio, el herpes zóster diseminado es considerado una infección oportunista en pacientes con VIH en etapa B. El herpes zóster se presenta como reactivación de la infección por el virus de la varicela

zóster a partir de los 45 años en la población general, pero los adultos con VIH tienen un riesgo de hasta tres veces mayor y, además, una de probabilidad de 20% al 30% de desarrollar reactivaciones frecuentes en los mismos o diferentes dermatomas; sus síntomas son exantema maculopapular eritematoso, doloroso, parestesias, en uno o más dermatomas, formación de vesículas claras durante 3 a 5 días, seguida de fase costrosa y pústulas que persisten por 2 a 3 semanas; las zonas comunes son los dermatomas torácicos (40% a 50% de los casos), craneal (20% a 25%), cervical (15% a 20%), lumbar (15%) y sacro (5%). Su mayor complicación en pacientes con VIH está relacionada con el sistema nervioso central (SNC) incluyendo vasculitis del SNC, leucoencefalitis multifocal, ventriculitis, mielitis y mielorradiculitis, neuritis óptica, parálisis de nervios craneales y lesiones focales del tronco encefálico, y meningitis aséptica.⁵

La neumonía varicelosa se presenta en adultos inmunocompetentes de 16% a 33%⁽⁶⁾, y en inmunosuprimidos hasta el 50%; incluye como factores de riesgo sexo masculino, hábito tabáquico, enfermedad pulmonar crónica, edad avanzada, estado de inmunosupresión severa como infección por VIH y embarazo.⁷ Los pacientes con SIDA pudieran llegar a requerir soporte respiratorio con ventilación mecánica por la hipoxemia progresiva y eminente falla respiratoria.^{8,9}

El diagnóstico de varicela es clínico, por las lesiones cutáneas pruriginosas y pleomórficas con distribución centripeta, particularmente acentuadas en rostro y tórax, con menor presencia de lesiones en extremidades. Suele iniciar como máculas convertidas prontamente en pápulas, seguidas de las vesículas características, pudiendo desarrollar un componente pustuloso y formación de pápulas costrosas.¹⁰

Los resultados de laboratorio muestran trombocitopenia transitoria (al inicio por acción viral o más tardía por anticuerpos antiplaquetarios), hiponatremia leve y moderado aumento de transaminasas, deshidrogenasa láctica y fosfatasa alcalina¹¹, tal como ocurrió en nuestro caso. En la radiografía torácica, al inicio hay una imagen difusa con nódulos entre 1 y 10 milímetros, de límites poco definidos y que tienden a la confluencia, predominan en las bases y alrededor de los hilios.^{12,13} Las pruebas negativas de detección de IgM, IgG o PCR específicas contra el virus de varicela-zoster no excluyen el diagnóstico. En nuestro caso, por motivos extras no pudo realizarse la serología respectiva.

Los indicadores de severidad en la infección aguda por varicela son síntomas respiratorios, vesículas densas, erupción hemorrágica, gingivorragia, hemoptisis, hemorragia digestiva, cualquier cambio neurológico con signos cerebelares o encefalopatía, fiebre persistente con nuevas vesículas por más de seis días después de la primera, excepcionalmente supraglotitis aguda u osteomielitis.¹⁴

Los pacientes con infección por VIH, particularmente si tienen conteo de CD4 menor a 200 células/mm³, deben recibir tratamiento precoz con aciclovir endovenoso en

dosis de 10 mg/kg cada 8 horas durante al menos una semana.¹⁵

Concluimos que nuestro paciente con diagnóstico de inmunosupresión severa tipo SIDA sin tratamiento, presentó una erupción exantemática de tipo varicela, como primoinfección, y desarrolló una complicación pulmonar: neumonía por varicela. Fue tratado con antiviral, lográndose una evolución favorable del compromiso pulmonar y también del dérmico, siendo dado de alta a los 14 días. Resaltamos que es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno a fin de reducir la morbimortalidad en el paciente con inmunosupresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz LH, Vilches IE, Ramos ML. Neumonía por varicela. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2019;18(1):1-10.
- Solís Marco Antonio, Villa Josefina, Lamot Sebastián. Imágenes nodulares múltiples en una paciente inmunocomprometida. *Rev. am. med. respir*. 2014;14(1): 49-50.
- Medinacelli Eduardo, Heres Marcela, Quadrelli Silvia. Neumonía por varicela. *Rev. am. med. respir*. 2018; 18(1): 58-61.
- Wallace MR, Hooper DG, Pyne JM, Graves SJ, & Malone JL. Varicella immunity and clinical disease in HIV-infected adults. *Southern Medical Journal*. 1994;87(1),74-76.
- Guidelines for the prevention and treatment of Opportunistic Infections in adults and adolescents with HIV [Internet]. Hiv.gov. [citado el 4 de mayo de 2022]. URL disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-oi/guidelines-adult-adolescent-oi.pdf>
- Dah Cherif A, Elloudi S, Chouche M, Barbach Y, Baybay H, Mernissi FZ. Varicella pneumonia: A serious complication of varicella in adults. *Our Dermatol Online*. 2019;10(e):e21.1-e21.4.
- García J & Garde M & Moreno B. (2006). Neumonía por varicela en población adulta: revisión de 21 casos. *Rev Clin Espan*. 206. 566-569. 10.1157/13096305.
- Clark GP, Dobson PM, Thickett A, Turner NM. Chickenpox pneumonia, its complications and management. A report of three cases, including the use of extracorporeal membrane oxygenation. *Anaesthesia*. 1991 May;46(5):376-80.
- Ahmad U, Shaukat A, Aamir H, Ismail U, Ahmed A. ARDS in chicken pox pneumonia; is co morbidity really a contributing factor? *Annals of Punjab Medical College* [Internet]. 16Mar.2019 [cited 4May2022]; 12(4). URL disponible en: <http://www.apmcfmu.com/ojs2/index.php/apmc/article/view/10>
- Magallanes Gamboa JO, Ochoa Ramírez A, Notario Barba V, Herrero Domingo A, Marcos Sánchez F. Varicela, afectación palmo-plantar y neumonía. *Rev Clin Med Fam*. 2019;12(2):97-100.
- Serrano Ocaña, Gilberto, Ochoa Tamayo, Ilen, Ortiz Sablon, Juan Carlos. Neumonía Varicelosa. Presentación de un caso. Hospital Dora Ngiza Port Elizabeth Sudáfrica. *MediSur*. 2009;7(1):45-50.
- Muñoz F, Rodríguez F, Baños P, et al. Neumonía varicelosa. *Archivos de Bronconeumología*. 1980; 16(3).
- Médart, L, et al. Varicella Pneumonia. *Journal of the Belgian Society of Radiology*. 2018; 102(1): 52, 1-2. DOI: <https://doi.org/10.5334/jbsr.1594>.
- Paytubí C, Negredo E, Ferrer S, Monmany J, Barrio JL. Neumonía varicelosa en el adulto: Estudio de nueve casos. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2001; 18(6): 30-36.
- Tunbridge AJ, Breuer J, Jeffery KJM, British Infection Society. Chickenpox in adults - clinical management. *J Infect*. 2008;57(2):95-102.

CORRESPONDENCIA:

Priscila Milagros Díaz-Rodríguez
2019026422@unfv.edu.pe

Fecha de recepción: 16-05-2022.

Fecha de aceptación: 20-06-2022.

Conflicto de intereses: ninguno, según los autores.

Financiamiento: por los autores.