

Neumonía Atípica

Rafael Ortiz S, Ana Salazar T. *

Varón de 6 años y 3 meses de edad internado en la UCI del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins por Insuficiencia Respiratoria grado III y depresión moderada a severa del estado de conciencia. Al tercer mes de vida presentó meningoencefalitis quedando con pérdida de la visión bilateral, hipotiroidismo, parálisis cerebral, síndrome de West y diabetes insípida.

Según sus padres el proceso actual se inicia 7 días antes de su ingreso al hospital con crisis atónicas. Dos días después aparece tos irritativa, disnea progresiva, decaimiento y alza térmica no cuantificada. Desde el inicio del cuadro es medicado con inhalaciones de beta agonistas y corticoides, cefadroxilo por dos días, seguido de ceftriaxona por tres días.

Al examen de ingreso se encontró a un paciente en muy mal estado general, con polipnea marcada, tiraje subcostal, sibilantes, roncales y subcrepitos difusos bilaterales pero con saturometría de 95%.

Los exámenes de laboratorio mostraron un hematocrito de 40%, una fórmula leucocitaria con 160,000 células blancas, 15% de abastionados, 51% de segmentados, 3% de eosinófilos, 28% de linfocitos (algunos atípicos), PCR positivo, 180,000 plaquetas y VSG de 30 mm a la hora. Los estudios bioquímicos (incluidos calcio y ácido úrico séricos) resultaron normales aunque presentó un valor de LDH en 1,500 UI. La radiografía de tórax de ingreso evidenciaba un patrón intersticial sin imágenes bronconeumónicas (Fig. 1). Se le realizó un aspirado de médula ósea el cual únicamente reveló una reacción de tipo leucemoide. El set para diagnóstico del virus de Epstein Barr fue negativo, así como el hisopado nasal para descartar de Bordetella pertussis.



Figura 1. Radiografía de Torax de ingreso con patrón intersticial sin imágenes bronconeumónicas.

Se mantuvo terapia antibiótica con cefalosporinas de tercera generación por 10 días a dosis plenas, a pesar de que los resultados de los hemocultivos fueron negativos. El cuadro clínico permaneció sin mayor variación, excepto por la presentación esporádica de febrícula y la aparición de una imagen radiopaca para hilar derecha que en el transcurso de 24 a 36 horas se tornó redondeada (Fig. 2). Dicha imagen de consolidación se confirmó mediante TAC de tórax. Ante la presencia de reacción leucemoide, disociación clínica radiológica inicial, imágenes cambiantes y falta de respuesta favorable al tratamiento, se pensó en la posibilidad de neumonía atípica, indicándose estudios serológicos para *Mycoplasma pneumoniae* la cual tuvo un valor de 34.2 IgM U/ml (más de 20 se considera positivo).

Por todo ello se administró Azitromicina por tres días; la evolución fue entonces favorable remitiendo la sintomatología paulatinamente al cabo de tres a cuatro días. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones.



Figura 2. Radiografía de Torax con imagen radiográfica parahiliar derecha redondeada, 36 horas después.

Cinco días después el paciente reingresa por un empeoramiento del proceso respiratorio. Una radiografía de tórax era sugerente de un compromiso neumónico difuso. Recibió cobertura antibiótica amplia incluyendo la posibilidad de gérmenes intrahospitalarios, pero evoluciona con descompensación del cuadro de fondo y marcadores de infección bacteriana positivos, falleciendo 10 días más tarde. En los culti-

* Médicos Residentes de Pediatría UNMSM
ESSALUD HNERM

vos tomados en esta segunda hospitalización fueron aislados *Cándida albicans* y *Estafilococo aureus*.

DISCUSIÓN

La neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* se considera como un cuadro respiratorio de presentación atípica y curso subagudo caracterizado por tos seca, fiebre de bajo grado, síntomas generales, disociación clínico radiológica y evolución benigna, y que se sospecha generalmente en un paciente en edad escolar o mayor.

El presente caso difiere en lo concerniente al tiempo de presentación, al grupo etéreo, a la gravedad de las manifestaciones desde el inicio de la enfermedad y a la presencia de una imagen de consolidación neumónica compatible con una etiología bacteriana.

La neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* se conoce desde 1940, cuando se identificó a este agente como patógeno humano. Desde esa época hasta la actualidad se han encontrado por lo menos 12 especies que causan enfermedad en humanos. Aunque inicialmente se lo asoció a neumonías extrahospitalarias, hoy se sabe del amplio rango de tejidos que afecta, relacionándolo con procesos agudos o crónicos que van desde encefalitis hasta asma y artritis. Las manifestaciones clínicas de su infección son generalmente leves y a veces autolimitadas, pero puede causar enfermedad severa en pacientes inmunodeprimidos: SIDA, hipogammaglobulinemia, procesos linfoproliferativos, receptores de transplantes y/o quimioterapia.

Desde 1970 se conoce su asociación patogénica con otros gérmenes en inmunodeprimidos debido a la alteración que produce en los sistemas de defensa del huésped que infecta. Uno de los aspectos más críticos de la infección por *Mycoplasma* en inmunocomprometidos es la dificultad para el control de la enfermedad mediante el uso de antibióticos, siendo algunos mycoplasmas (*fermentans*, *hominis*) resistentes a macrólidos y tetraciclinas.

Respecto a la edad de presentación y patrón radiográfico, un estudio multicéntrico en más de 250 niños con diagnóstico de neumonía extrahospitalaria e imágenes radiográficas de consolidación, mostró que cerca del 42% tenía seropositividad a alguno de los tres tests (serología, cultivo y reacción en cadena de polimerasa) realizados para detectar *Mycoplasma*. Esta positividad fue de 23% en menores de 5 años.

La presentación aparentemente atípica de este caso, nos invita a revisar lo que se sabe hasta hoy sobre el *Mycoplasma Pneumoniae* un germen muchas veces olvidado y subestimado en la práctica clínica cotidiana. La invitación también se extiende a redefinir nuestros esquemas acerca de los patrones clínicos y pautas terapéuticas en la atención de pacientes pediátricos afectados por este agente aún poco conocido en nuestro medio.

REFERENCIAS

1. Klaussner J, Passaro D, Rosemberg T, Lanier T. Enhanced control of an outbreak of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia with Azithromycin prophylaxis. *J Infect Dis* 1998;177:161.
2. Haier J, Nasralla M, Franco A, Nicolson G. Detectoins of *Mycoplasma* infections in blood of patients with Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology* 1999;38:504.
3. Chan E, Kalayanamit T, Lynch D, Tuder R, et al. *Mycoplasma pneumoniae* associated bronchiolitis causing severe restrictive lung disease in adults. Reports of three cases and literature review. *Chest* 1999;115:1188.
4. Sthepherson J. Studies suggest a darker role side of "benign" microbes. *JAMA* 1997;278:2051-2052.
5. Block S. *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatric Community-acquired pneumonia: comparative efficacy and safety of Clarithromycin vs. Erythromycin Ethylsuccinate. *Ped Infect Dis J*. 1995;14:471-477.