

CASO CLÍNICO

Paciente con síndrome febril y diarrea. Presentación infrecuente de legionelosis.**Patient with fever and diarrhea. Unusual presentation of legionellosis.****Paula P. Rodríguez Casal¹, Catarina Sousa Cruz¹, Carmen Arca Pichel²**

1.- Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad de Gestión Integrada del Área Norte de Pontevedra. Galicia

2.- Médico Adjunto. Centro de Salud Marín. Unidad de Gestión Integrada del Área Norte de Pontevedra. Galicia

Correspondencia: Dra. Pilar Rodríguez. PaulaPilar.Rodriguez.Casal@sergas.es

Citar como: Rodríguez Casal PP, Sousa Cruz C, Arca Pichel C. Paciente con síndrome febril y diarrea. Presentación infrecuente de legionelosis fml. 2013; 17(9):3p

Recibido el 25/11/2012
Aceptado el 10/12/2012
Publicado el 31/01/2013*Palabras clave (MeSH): Atención Primaria, fiebre, neumonía, legionelosis***Resumen**

Se presenta el caso de un paciente con fiebre de seis días de evolución asociado a sintomatología digestiva, que no mejora pese a tratamiento antitérmico y reposo domiciliario. Con una exploración física anodina se remite a Urgencias hospitalarias. Desde allí ingresa para estudio con tratamiento empírico para NAC.

*Keywords (MeSH): Primary Care, feber, pneumonia, legionellosis***Abstract**

We report the case of a patient with fever of six days duration associated with gastrointestinal symptoms, not relieved despite antipyretic treatment and rest at home. With an unremarkable physical examination refers to the emergency hospital. From there enter to study with empirical treatment for CAP.

Introducción

La Legionelosis es una enfermedad bacteriana de origen ambiental, causada por una bacteria con forma de bacilo, Gram negativa, denominada Legionella⁽¹⁻⁴⁾. El hábitat natural de este bacilo es el agua^(1, 4-6), transmitiéndose a los humanos, primariamente, por partículas de aerosol que se originan en estos ambientes acuáticos⁽⁵⁾, no existiendo evidencia de transmisión directa de persona a persona^(4, 5). El período de incubación de la Legionella es de 2 a 18 días⁽¹⁾. La incidencia de esta enfermedad varía geográficamente⁽⁵⁾, comprendiendo entre el 1 al 27% de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC)⁽⁴⁾, aunque también pueden ser causa de la neumonía adquirida en el hospital⁽¹⁾. La mortalidad por Legionella varía de entre el 10 al 15% en inmunocompetentes y del 40 al 80% en los inmunocomprometidos⁽³⁾.

Las características clínicas son variables y van desde una neumonía leve a una neumonía severa que requiere cuidados intensivos^(1, 5). Los pacientes fumadores, varones, con diabetes, enfermedades crónicas, y/o inmunosupresión tienen un mayor riesgo de presentar infección por Legionella⁽³⁾. Los síntomas sistémicos tienden a aparecer temprano, incluida la fiebre alta (>40°C), malestar, mialgias, anorexia y cefalea⁽⁴⁾. Los síntomas respiratorios, que se desarrollan típicamente, incluyen tos seca, disnea, y menos comúnmente, el dolor de pecho y la hemoptisis^(1, 7). Los síntomas neurológicos, también son comunes, especialmente la confusión⁽¹⁾. Y finalmente pueden aparecer síntomas gastrointestinales, entre los que se incluyen las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal y la diarrea⁽¹⁾.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 36 años, fumador de 20 cigarrillos al día. No otros antecedentes de interés. Trabajador del transporte de alimentos en cámara frigorífica. Vivienda urbana y sin contacto con animales. No alergias medicamentosas conocidas.

Consulta por escalofríos y fiebre, de más de 39°C, de 6 días de evolución. Se asocia a un cuadro digestivo de diarrea con heces líquidas, en número de incontables deposiciones diarias y vómitos alimenticios los dos primeros días. Al inicio del cuadro relata también algo de tos no productiva y dolor de carácter punzante a nivel pectoral izquierdo. En el momento actual sin clínica respiratoria. No clínica miccional ni otros datos significativos en la anamnesis.

En la exploración física, nos encontramos ante un paciente con aceptable estado general, hidratado y con palidez cutánea. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y una auscultación pulmonar con

murmullo vesicular conservado. Lengua saburral, orofaringe y otoscopia normal. Exploración abdominal anodina. Tª38.9. Resto sin hallazgos.

Con impresión diagnóstica de "Síndrome Febril y diarrea", se prescribe dieta astringente, suero oral y antitérmicos para la fiebre. Se solicita con carácter urgente hemograma, análisis de orina, PCR, amilasa, bilirrubina y se recogen heces para cultivo. A las 24 horas es revalorado sin cambios clínicos. Fiebre con mala respuesta a antitérmicos. En analítica leucocitosis y neutrofilia, con coprocultivo pendiente. Se decide derivar a urgencias hospitalarias con diagnóstico de "Diarrea con fiebre que no responde a antitérmicos".

Una vez en Urgencias se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: neumonía multilobar de hemitórax izquierdo (ver Imagen 1).
- Gasometría: PO₂ 66, SatO₂ 95,6%, pCO₂ 32, pH 7,49, Bic 24.
- Hemograma: leucocitosis 17.000 ,90%N.
- Bioquímica: Sodio 131 mmol/L , Potasio 3.3 mmol/L, Calcio 8.1 mg/dL, GPT / ALT 190 U/L , GAMMA - GT 55 U/L , Fosfatasa Alcalina 330 U/L, VSG 36. Resto normal.
- Orina elemental y sedimento sin alteraciones relevantes.

Con el diagnóstico de "Neumonía de perfil clínico atípico. Sepsis respiratoria" ingresa en Medicina Interna. Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y azitromicina. Se completan estudios de microbiología, en los que aparece el Antígeno para Legionella en orina: positivo, a las 24 horas del ingreso. Esto hace que se decida el cambio de tratamiento antibiótico a azitromicina y levofloxacino. El resto de las pruebas fueron negativas: hemocultivos, coprocultivos, urocultivos, esputo y serologías.

Finalmente el paciente evolucionó como "Neumonía por Legionella de perfil clínico atípico". Mientras estuvo ingresado se realizó tratamiento con Oxigenoterapia, sueroterapia, HBPM profiláctica, broncodilatadores nebulizados y antimicrobianos (azitromicina y levofloxacino) . Presentó muy buena evolución tanto clínica como radiológica y analítica, con casi resolución de la neumonía en la radiología de control a los 10 días del ingreso recibiendo el alta hospitalaria.

Al mes del inicio del cuadro, la resolución era completa en la radiografía de tórax.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con la neumonía por otra causa bacteria, neumonía vírica, embolia pulmonar, neoplasia pulmonar, bronquitis, absceso pulmonar, tuberculosis, gastroenteritis bacteriana o sarcoidosis.

Discusión

La legionelosis puede manifestarse de varias formas, por eso, un diagnóstico y tratamiento correctos requieren un alto grado de sospecha clínica^(1, 8). El reconocimiento de una presentación poco común como una diarrea masiva y/o una nueva aparición de una masa solitaria en el pulmón, puede ayudar en la sospecha y diagnóstico tempranos de la infección por Legionella^(3, 9). En la práctica diaria, hay que tener en cuenta que no existen características clínicas o radiológicas que distingan entre etiología atípica o indeterminada (presumiblemente típica)⁽⁷⁾.

La diarrea no es inusual en pacientes con algún tipo de neumonía, y, posiblemente, es más común en pacientes con neumonía atípica, sobre todo en la causada por alguna especie de Legionella⁽⁹⁾. Esta diarrea se describe en aproximadamente la mitad de los pacientes en la primera semana de la enfermedad⁽⁸⁾. La diarrea que aparece en el transcurso de una legionelosis, tiene apariencia secretora, sin evidencia de invasión de la pared intestinal^(6, 8-10). Esta diarrea puede ser lo suficientemente masiva, hasta en el 22% de los casos⁽⁶⁾, para sugerir otros procesos gastrointestinales que distraerían la atención para el diagnóstico de infección por Legionella⁽⁸⁾. El 34% de los pacientes evaluados presentaban, además, hiponatremia, siendo más frecuente que en otros tipos de neumonías. Otras formas de manifestaciones extrapulmonares incluyen pancreatitis aguda hemorrágica, trombocitosis y abscesos cerebrales⁽⁶⁾.

La mayoría de los pacientes tienen la radiografía pulmonar alterada en el momento inicial⁽¹⁾, y la resolución de estas anomalías radiológicas puede durar varios meses⁽¹⁾. Por este motivo, la Legionella puede no ser distinguida de otras causas de neumonía adquirida en la comunidad únicamente con las pruebas radiológicas^(1, 7), en las que normalmente aparece una consolidación multilobar y en el 50% de los casos se presenta con derrame pleural⁽⁴⁾.

Para el diagnóstico de infección por Legionella son necesarios, por lo tanto, tests rápidos y específicos⁽¹⁾. El antígeno urinario de la Legionella es el test más apropiado en la mayoría de los casos para detectar esta bacteria⁽¹⁾, siendo un test simple, no invasivo, rápido y con una alta especificidad y sensibilidad^(4, 5). También se realizará un cultivo del esputo del paciente, PCR y serologías⁽¹⁾. Aunque el cultivo del esputo es considerado el gold standard, se prefieren la PCR y la detección de antígeno en orina por ser test más rápidos, pudiendo comenzar con el tratamiento adecuado de una forma más temprana⁽⁵⁾.

El tratamiento puede durar hasta 14 días, excepto en pacientes inmunocomprometidos que se recomienda de 14 a 21 días^(1, 3), utilizándose agentes específicos de organismos atípicos, como la

doxiciclina, los macrólidos y las quinolonas^(1, 7). Así, la monoterapia con fluoroquinolonas o macrólidos suele ser suficiente para el tratamiento, sin embargo en casos severos o refractarios debe considerarse la terapia antibiótica combinada⁽³⁾. En algunas guías, se sugiere también la azitromicina intravenosa⁽¹⁾. Los pacientes con neumonía que son tratados de forma ambulatoria tienden a ser jóvenes, con poca comorbilidad y baja mortalidad⁽⁷⁾. El 50% de las neumonías tratadas de forma ambulatoria, se deben a organismos atípicos⁽⁷⁾.

Bibliografía

1. Darby J, Buising K. Could it be Legionella? Aust Fam Physician 2008 Oct;37(10):812-5.
2. Massis LM, Zamboni DS. Innate immunity to legionella pneumophila. Front Microbiol;2:109.
3. Varner TR, Bookstaver PB, Rudisill CN, Albrecht H. Role of rifampin-based combination therapy for severe community-acquired Legionella pneumophila pneumonia. Ann Pharmacother Jul;45(7-8):967-76.
4. Cosentini R, Tarsia P, Blasi F, Roma E, Allegra L. Community-acquired pneumonia: role of atypical organisms. Monaldi Arch Chest Dis 2001 Dec;56(6):527-34.
5. Normaznah Y, Saniah K, Noor Rain A, Sabiha P. Diagnosis of legionnaires' disease by urinary antigen and DNA detection: a case report. Malays J Pathol 2005 Dec;27(2):107-11.
6. Fang GD, Yu VL, Vickers RM. Disease due to the Legionellaceae (other than Legionella pneumophila). Historical, microbiological, clinical, and epidemiological review. Medicine (Baltimore) 1989 Mar;68(2):116-32.
7. Marrie TJ, Peeling RW, Fine MJ, Singer DE, Coley CM, Kapoor WN. Ambulatory patients with community-acquired pneumonia: the frequency of atypical agents and clinical course. Am J Med 1996 Nov;101(5):508-15.
8. Foltzer MA, Reese RE. Massive diarrhea in Legionella micdadei pneumonitis. J Clin Gastroenterol 1985 Dec;7(6):525-7.
9. Medarov BI, Siddiqui AK, Mughal T, Moshiyakhov M, Rossoff LJ. Legionella micdadei infection presenting as severe secretory diarrhea and a solitary pulmonary mass. Clin Infect Dis 2004 Apr 1;38(7):e63-5.
10. Schmidt T, Pfeiffer A, Ehret W, Keiditsch E, Ruckdeschel G, Kaess H. Legionella infection of the colon presenting as acute attack of ulcerative colitis. Gastroenterology 1989 Sep;97(3):751-5.