

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Nuevos gérmenes en neumonías

DR. RODRIGO MORENO BOLTON
Departamento de Enfermedades Respiratorias

El propósito de este artículo es revisar los cambios de mayor trascendencia que se han producido en los últimos años respecto a la etiología de las neumonías y examinar algunas perspectivas para el futuro próximo.

El progreso de los métodos de diagnóstico y la utilización cada vez más frecuente de muestras respiratorias poco contaminadas han aumentado considerablemente nuestro conocimiento acerca de los microorganismos capaces de causar una infección pulmonar. A continuación analizaremos brevemente los más importantes.

Se ha podido establecer que algunos microorganismos conocidos desde hace largo tiempo, y a los cuales no se les reconocía un rol patógeno importante, son capaces de causar neumonías con una frecuencia significativa. El ejemplo más conocido en este grupo es la *Legionella pneumophila*, bacteria Gram negativa aislada por primera vez en 1947, cuyo rol patógeno comenzó a ser reconocido sólo en 1976, al ocurrir una epidemia de neumonías entre los participantes de una convención de la Legión Americana. Estudios serológicos retrospectivos han demostrado que este agente había provocado epidemias de neumonías sin causa identificada en el pasado. La legionella es un microorganismo que crece en aguas ambientales, en el agua potable o en la de sistemas de aire acondicionado. El microorganismo se adquiere por inhalación de aerosoles contaminados generados por aparatos de aire acondicionado, duchas, nebulizadores, etcétera. La infección puede ser asintomática, causar un cuadro clínico de tipo gripal (Fiebre de Pontiac) o una neumonía grave, con características intermedias entre las neumonías bacterianas y no bacterianas. En otros países se ha demostrado que este agente causa neumonías esporádicamente, alcanzando entre un 1% y 2% de los casos adquiridos en la comunidad, pero que durante epidemias puede llegar hasta un 15% de las neumonías en los enfermos que necesitan hospitalización. En Chile también se han comunicado casos esporádicos de neumonías causadas por este agente, desconociéndose cuál es su incidencia efectiva. No obstante, un estudio de seroprevalencia efectuado recientemente en Santiago demostró un 25% de reactivos, cifra similar a las publicadas en otros países.

Otro microorganismo cuya importancia había sido subestimada es el *Haemophilus influenzae*, que no sólo es capaz de producir bronquitis en los pacientes con LCFA, sino también infección del parénquima pulmonar. En los mayores estudios de neumonías extrahospitalarias publicados hasta ahora, el *H. influenzae* aparece consistentemente como la segunda causa comprobada de neumonías bacterianas extrahospitalarias, alcanzando un 7% a 11% del total. De manera similar, se ha reconocido que la *Moraxella catarrhalis* (ex *Branhamella*, ex *Neisseria*) puede causar neumonías en pacientes con LCFA, no siendo ya considerado sólo como comensal.

La incidencia real de neumonías extrahospitalarias causadas por microorganismos anaerobios se desconoce, ya que para un diagnóstico de certeza se requieren exámenes invasivos que se utilizan excepcionalmente en este grupo. Sin embargo, existe la impresión generalizada de que ellas ocurren con escasa frecuencia, puesto que esta etiología se plantea sólo en los pacientes con abscesos pulmonares o empiemas, condiciones en que se reconoce

su importancia. No obstante, estudios en grupos amplios de pacientes en que se ha utilizado el examen microbiológico de muestras obtenidas por punción aspirativa transtraqueal o catéter telescópico protegido, sugieren que estos gérmenes serían la segunda causa, después del neumococo, de neumonías bacterianas adquiridas en la comunidad. La razón que podría explicar la escasa frecuencia con que se reconoce este microorganismo, es la similitud que durante su fase inicial —período denominado neumonitis anaeróbica por Bartlett— tiene con la neumonía neumocócica, con la que comparte características clínicas y radiográficas. Esto llevaría a que la mayoría de las neumonías por anaerobios sean confundidas con una neumonía neumocócica, error que se explica si se considera que el 90% de las neumonitis anaeróbicas responden a penicilina.

En 1985 se identificó una nueva especie capaz de causar neumonías con frecuencia significativa. Esta es una clamidia, diferente de la *Chlamydia psittaci*, cuya transmisión se efectuaría entre humanos, sin participación de vectores. El nuevo germen, denominado originalmente TWAR y actualmente *Chlamydia pneumoniae*, causa una infección con características clínico-radiográficas muy parecidas a las de la neumonía por micoplasma, afectando también de preferencia a individuos jóvenes, en los que llegaría a causar un 10% de las neumonías. Al igual que en la infección por micoplasma, el diagnóstico es serológico y responde a una terapia con eritromicina o tetraciclina, requiriendo ocasionalmente de tratamientos algo más prolongados.

La mayor gravedad de los pacientes que se hospitalizan, junto con el incremento del uso de antibióticos de amplio espectro, de ventilación mecánica y de procedimientos invasivos, ha aumentado en forma considerable la frecuencia de las neumonías nosocomiales. Esta tendencia probablemente se mantendrá en el futuro próximo, a menos que se encuentren métodos profilácticos eficaces, ya que los actuales han demostrado ser deficientes. En este grupo cabe destacar los problemas de multiresistencia a antibióticos, especialmente de *P. aeruginosa*, *A. calcoaceticus* y *S. aureus*.

Durante los últimos años, el número de pacientes inmunodeprimidos ha crecido considerablemente debido a la aparición del SIDA, al mayor uso de drogas inmunosupresoras y al aumento en la sobrevida de pacientes graves. Esto ha traído como consecuencia un incremento de las neumonías causadas por gérmenes oportunistas. Por esta razón ya se está haciendo rutinario para los especialistas plantear el diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis carinii*, *Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus* o *Cryptococcus neoformans*, gérmenes extremadamente infrecuentes hasta hace una década. A menos que ocurra un cambio radical, durante los próximos años asistiremos a un incremento sostenido en la frecuencia de neumonías por neumocistis, la que pasará a ser un cuadro frecuente que deberán diagnosticar y manejar los médicos no especialistas. Junto a esto observaremos un incremento en los casos de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar en pacientes con infección por VIH. En este grupo, la tuberculosis se agregará a las infecciones oportunistas en pacientes con inmunodepresión leve a moderada, probablemente antes que aparezcan las manifestaciones de inmunodepresión grave, como neumonías por neumocistis o sarcoma de Kaposi. *

REFERENCIAS ESCOGIDAS

Bartlett, J.G. Anaerobic bacterial infections of the lung. Chest 1987; 91:901-909.
Grayston, J.T. Chlamydia pneumoniae, strain TWAR. Chest 1989; 95:664-669.
Guo-Dong, F., Frine, M. et al. New and emerging etiologies for community-acquired pneumonia with implications for therapy medicine 1990; 5:307-316.

Mones, J.N. et al. Diagnosis of *Pneumocystis carinii* pneumonia. Chest 1986; 89:522-526.

Nicotra, B., Rivera, M., Luman, J.I., Wallace, R.J. *Branhamella catarrhalis* as a lower respiratory tract pathogen in patients with chronic lung disease. Arch Intern Med 1986; 146:890-893.