

## A propósito de un caso de neumonía por *Legionella*. La ansiedad como factor de confusión diagnóstico

**Sr. Director:** En 1976, durante la Convención Anual de Legionarios Ex combatientes Americanos en un hotel de Filadelfia, 221 asistentes contrajeron un proceso infeccioso pulmonar que acabó con la vida de 34 de ellos. El escándalo desatado por ese brote despertó tal interés que seis meses más tarde se identificaría el agente responsable de la enfermedad.

Actualmente, la identificación del microorganismo causante de la enfermedad del legionario y de la fiebre de Pontiac, así como los aspectos epidemiológicos y el espectro clínico de esta enfermedad están bien definidos.

El hábitat natural de la *Legionella* es el agua. No ha podido ser aislada en tierra seca, aunque sí en suelo húmedo. Las redes de distribución de agua sanitaria o de los circuitos de refrigeración sufren a veces colonización por este agente, lo que tiene indudable importancia epidemiológica.

La enfermedad del legionario se adquiere por vía inhalatoria. La virulencia de la cepa, el número de bacilos inhalados y las características del huésped son los factores que determinan la adquisición de la enfermedad. Favorecen la proliferación de *Legionella* la inmovilidad del agua en los depósitos, los circuitos con múltiples recobecos, y un buen sistema de diseminación.

La mucosa de vías respiratorias altas es la primera barrera con que se enfrenta la *Legionella*, por lo que aparece la infección con más frecuencia en huéspedes en que este mecanismo de defensa está alterado, como por ejemplo fumadores o bebedores importantes.

El interés de este caso radica no sólo en la descripción de un cuadro infeccioso que conviene tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de infecciones respiratorias, sino en el efecto de confusión de una conducta ansiosa sobre la clínica de la enfermedad, haciendo más complicado el establecimiento de un diagnóstico correcto.

### Caso clínico

Paciente de 11 años que es traída a nuestra consulta por tos seca persistente y diaria, que asocia disnea durante las crisis de tos, y que no ha mejorado a pesar de recibir diferentes tratamientos.

No refiere antecedentes familiares de interés. Entre sus antecedentes personales se incluye: vacunación correcta, incluida la que corresponde a los once años. Curva ponderal lenta con desarrollo psicomotor normal. Intervenido de adenoides en dos ocasiones (11 meses y 5 años). Sin

otras enfermedades consideradas de interés. Sin alergias conocidas. Realiza entrenamientos de natación 6 días por semana participando en competiciones esporádicas.

Tras un mes de tos seca, emetizante, de presentación diaria, sin predominio horario, la madre trae a su hija a la consulta para pedir ayuda. Los accesos de tos interrumpen el descanso nocturno, y asocian episodios de disnea leve y ruidos de "hervor".

Ha sido vista dos veces en el servicio de urgencias de pediatría del hospital por esta causa, recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico y mucolíticos una semana con el diagnóstico de infección respiratoria, seguido de 8 días de tratamiento con cefalosporina de segunda generación tras la segunda visita por no presentar mejoría. Ambos tratamientos realizados con dosis adecuadas para su peso según recomendaciones actuales.

Al llegar a nuestra consulta tomaba medicación antitusígena como único tratamiento.

Cuenta que presenta accesos de tos algo más espaciados que al inicio, que finalizan con congestión facial y expulsión de moco blanquecino y viscoso. La niña evita cualquier maniobra que crea inductora de tos. Saca a veces la cabeza por la ventana para respirar mejor. Pasea por la casa con un cuenco en la mano por miedo a vomitar. Se pone compresas empapadas sobre la cara para evitar toser.

A la madre se le habían dado pautas para disminuir la atención a los comportamientos evitativos de tos, estando citada en consulta de psicología infantil para seguimiento de la patología desde su segunda visita a urgencias.

En la exploración presenta buen estado general, con hidratación y perfusión normales. Hábito asténico. Inquieta. Evitaba hablar o respondía con monosílabos para no toser. Telangiectasias en región cervical posterior más baja. Sin adenopatías. Faringe hiperémica, sin hipertrofia amigdalina. Auscultación cardíaca sin alteraciones. Auscultación pulmonar: hipoventilación leve en ambas bases. Roncus y estertores gruesos diseminados. Abdomen, extremidades y exploración neurológica dentro de la normalidad.

En la radiología de tórax se observan infiltrados intersticiales difusos de predominio en base izquierda, con mínimo derrame pleural asociado.

Analítica: hematócrito 38,9%, hemoglobina 12,9, leucocitos 20.000 (S 61%, L 38%, M 1%), plaquetas 310.000. Datos bioquímicos sin alteraciones. Gasometría venosa: pH 7,42, pCO<sub>2</sub> 36, bicarbonato 24. Mantoux negativo. Frotis nasofaríngeo: flora mixta habitual. Serologías de VIH y micoplasma negativas. Serología positiva para *Legionella pneumophila*.

Inició tratamiento con claritromicina por vía oral, con buena tolerancia y evolución favorable hasta desaparición de síntomas, que se siguió de ascenso en la curva ponderal.

**Tabla 1. Manifestaciones clínicas, de laboratorio y radiológicas de la neumonía por *Legionella* (%)**

Tos	70-80
Expectoración	40-50
Disnea	40-60
Dolor torácico	30-40
Hemoptisis	30-50
Cefaleas	20-35
Confusión	20-35
Náuseas y vómitos	20-35
Diarrea	25-30
Dolor abdominal	5-10
Leucocitosis	50-75
GOT y/o GPT elevadas	30-50
CPK elevada	10-15
Hiponatremia	15-55
Infiltrado único unilateral	70-80
Infiltrados múltiples	20-30
Infiltrados bilaterales	15-25
Derrame pleural	15-25
Cavitación	4-8

### Discusión

En este caso, debido al carácter ansioso de la paciente, la clínica se achacó a un cuadro de índole psiquiátrica. No conviene olvidar que antes de culpar a la ansiedad como productora de síntomas estamos obligados a descartar cuadros orgánicos subyacentes. Además, puede aparecer una reacción ansiosa a la enfermedad orgánica inicial que nos enmascara el diagnóstico.

Es prácticamente imposible, desde los puntos de vista clínico y radiológico, distinguir la neumonía causada por *Legionella* de otras de adquisición nosocomial o comunitaria. Sin embargo, el contexto epidemiológico, o la presencia de variables clínicas tales como diarreas, confusión, hiponatremia, elevación de creatinincinasa, así como la mala respuesta a tratamientos nos deben alertar sobre esta posibilidad. La inclusión de antibióticos con actividad frente a *Legionella* se hace obligada en estos casos.

Nuestro caso coincidió temporalmente con el brote de *Legionella* de Alcalá de Henares del año 1997. Al ser la paciente estudiada en Madrid no se tuvo en cuenta este dato. Realizando una historia cuidadosa, y más concretamente preguntando sobre su posible relación con la zona de brote epidemiológico, nos relata que unos doce días antes del comienzo de síntomas estuvo en Alcalá de Henares participando en una competición de natación.

Las infecciones larvadas o de curso subagudo requieren para su diagnóstico la sospecha por parte del clínico de que algo no concuerda, seguido de la búsqueda para descartar los posibles causantes. Una valoración somera del caso con frecuencia induce a errores. Además, el agravante de personalidad ansiosa que presenta la paciente nos hace tender a infravalorar los síntomas.

El diagnóstico de la infección por *Legionella* se establece por la identificación del germen, directamente en la muestra o mediante cultivos en medios adecuados. El método más usado para la identificación directa es la inmunofluorescencia directa.

Un título único de 1:256 en contexto epidemiológico adecuado es altamente sugestivo de la enfermedad. Un aumento del título de anticuerpos frente a *Legionella* de 4 veces en 4-6 semanas es diagnóstico de la infección.

En cuanto al tratamiento, la experiencia clínica acumulada con el uso de eritromicina convierte a este antibiótico en el más adecuado. Se aconsejan dosis de 500 mg a 1 g cada 6 h durante 14-21 días. En casos de evolución más grave se ha asociado al tratamiento la rifampicina. Los nuevos macrólidos, especialmente la azitromicina y la claritromicina poseen *in vitro* mayor actividad frente a *Legionella* que la eritromicina y podrán sustituir a esta última para conseguir una mejor tolerancia y comodidad posológica. Por último, ha de tenerse en cuenta el tratamiento con quinolonas como ofloxacino en casos de neumonías graves.

Sin embargo, la mejor arma terapéutica radica en la prevención, siendo ésta una enfermedad erradicable. El estudio de las aguas, especialmente del agua sanitaria caliente, es el primer paso de investigación ante la aparición de casos. Aun cuando lo ideal sería reconstruir el sistema de distribución de aguas ante un caso de colonización, con frecuencia debemos contentarnos con medidas de hipercloración o hipercloración de aguas, que al menos limitan la magnitud del problema.

ISABEL PRIETO CHECA, PILAR BOTIJA YAGÜE,  
YOLANDA HIDALGO CALLEJA E ISABEL LAGUNA SORINAS  
Centro de Salud Bustarviejo I.

Correspondencia: Dra. I. Prieto Checa.  
Alonso Cano, 66, 8.º, centro B. 28003 Madrid.

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Pedro-Botet M, Sabriá Leal M, Haro M, Rubio C, Giménez G, Sopena N et al. Nosocomial and community-acquired Legionella Pneumonia: clinical comparative analysis. *Eur Respir J* 1995; 8: 1929-1933.
- Report Epidemiology, prevention and control of Legionellosis: Memorandum from a WHO meeting. *Bull WHO* 1990; 68: 155-164.
- Romeu i Bes J. Trastornos psicológicos en pediatría. Barcelona: Doyma, 1990.
- Sopena N, Sabriá M, Pedro-Botet ML, Gimeno JM, Manterola JM, Blavia R et al. Comparative Study of Pneumonia by Legionella pneumophila and other Community acquired Pneumonias. 36º Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. New Orleans, septiembre de 1996.
- Steele RW. The clinical handbook of pediatric infectious disease. The Parthenon Publishing Group, 1994.

## Úlceras de estrés

**Sr Director:** Las últimas tendencias habidas en la organización de la asistencia sanitaria (aumento de cirugía mayor ambulatoria, altas hospitalarias más precoces, etc.) hace que los médicos de atención primaria nos encontremos ante enfermedades que anteriormente se presentaban en pacientes hospitalizados. Presentamos a continuación un caso reciente ocurrido en nuestro centro.