

2.4. INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

Ignacio Márquez Gómez¹, Francisco Páez Codeso², Irene Sánchez Bazán³ y Francisco J Chamizo López⁴

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Neumología², Servicio de Hematología³ y Servicio de Microbiología⁴

1. INTRODUCCIÓN

Debido a los avances del tratamiento inmunosupresor en la última década, el número de personas en riesgo de contraer una infección respiratoria oportunista se ha incrementado ostensiblemente, siendo necesario un abordaje completo que incluya el diagnóstico precoz y el tratamiento empírico adecuado.

Consideramos a pacientes inmunodeprimidos a aquellos con Inmunodeficiencias Primarias, VIH con cifras de CD4 < 200/mm³, oncohematológicos en tratamiento quimioterápico, neutropénicos, receptores de trasplante de órgano sólido, receptores de trasplante hematopoyético, tratamiento esteroideo crónico (10 mg prednisona/24 horas durante 4 semanas o equivalente) así como aquellos pacientes en tratamiento con terapia biológica o inmunosupresora.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Las bacterias suponen el 30-40% de las infecciones respiratorias en pacientes inmunodeprimidos. *S. pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* y *H. influenza* son los principales microorganismos de afectación exclusivamente pulmonar. Considerar *Legionella spp* y *Nocardia spp* en aquellos pacientes con afectación extrapulmonar sin olvidar a las infecciones por micobacterias y *Rhodococcus spp*. En pacientes con criterios de nosocomialidad o estancia en UCI, no olvidar MRSA y *Pseudomonas spp*.

Las infecciones virales suponen la principal causa de neumonía en pacientes inmunodeprimidos, con una mortalidad que alcanza el 30% según series. Las infecciones virales con afectación extrapulmonar /sistémica más frecuentes son Virus Herpes Simple, Virus Varicella Zoster, Citomegalovirus y Adenovirus. Los virus con afectación predominantemente respiratoria son Influenza, Virus Respiratorio Sincitial, Parainfluenza y SARS-CoV2.

Respecto a las infecciones fúngicas, con incidencia creciente y elevada mortalidad por el diagnóstico tardío, destacar aquellas producidas por *Aspergillus spp*, *Mucorales spp*, *P. jirovecii* y *Cryptococcus spp*.

Por último, en pacientes de áreas endémicas, sospechar síndromes pulmonares por parásitos siendo más frecuentes *S. stercoralis* y *Toxoplasma gondii*.

3. CLÍNICA

La clínica es inespecífica en estos pacientes, siendo la sospecha diagnóstica fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz. La fiebre puede no estar presente en todos los casos y debemos prestar especial atención a síntomas poco específicos pulmonares como tos escasamente productiva, rinorrea o artromialgias.

4. DIAGNÓSTICO

Es fundamental el diagnóstico precoz dada la alta morbilidad de este tipo de infecciones en pacientes inmunodeprimidos.

- Prueba de imagen (Rx tórax y/o TAC tórax)
- Hemocultivos.
- Cultivo de esputo.
- Antigenuria de *S. pneumoniae* y *L. pneumophila* en orina.
- PCR en exudado nasofaríngeo a H1N1, VRS y SARS CoV 2.

Si no hallazgos microbiológicos, se deberá continuar con esfuerzo diagnóstico para obtener microbiología, precisando realización de lavado broncoalveolar con o sin biopsia, cultivo de micobacterias, galactomanano en lavado broncoalveolar, tinción de calco-flúor...

5. TRATAMIENTO

El tratamiento empírico va a depender fundamentalmente del mecanismo de inmunodeficiencia que presente el paciente. Debe ser instaurado lo más precozmente posible y siempre tras extracción de muestras microbiológicas adecuadas.

5.1 Tratamiento de infección respiratoria en inmunodeprimidos	
Tipo Neumonía	Tratamiento
Infección respiratoria no grave y alta domiciliaria	<ul style="list-style-type: none">Amoxicilina clavulánico 875 mg/8h/vo + Ciprofloxacino 750 mg/12h/vo Reevaluación precozmente a las 72 horas)
Infección respiratoria grave con ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none">Piperacilina/Tazobactam 4 g/6-8h/iv óCefepime 2 g/8h/iv Si sospecha de atípicas <ul style="list-style-type: none">Claritromicina 500 mg/12h /iv Alérgicos a betalactámicos: <ul style="list-style-type: none">Aztreonam 2g/6h/iv + Claritromicina 500 mg/12h
Neumonía intersticial	<ul style="list-style-type: none">TMT-SMX 15 mg/kg/24h/iv cada 3 ó veces
Neumonía grave con ingreso en UCI y/o shock séptico	<ul style="list-style-type: none">Meropenem 2 g/8h/iv + Linezolid 600 mg/12h/iv
Si sospecha de infección viral	Si sospecha de infección H1N1 <ul style="list-style-type: none">Oseltamivir 75 mg/12h/vo Si sospecha de infección SARS-Cov2 <ul style="list-style-type: none">Remdesivir

6. PROFILAXIS

Esencial la historia clínica con la solicitud de serologías de virus hepatotropos, VIH así como el diagnóstico de infección tuberculosa latente. No olvidar la serología a *Strongyloides* y *Trypanosoma* según áreas endémicas.

Respecto a la vacunación, se aconseja administrar vacunas inactivadas (2 semanas antes del inicio del tratamiento).