

## Pancreatitis y colostasis disociada agudas: manifestación inusual en la infección por *Legionella pneumophila*

### Pancreatitis and dissociated cholestasis: An unusual manifestation in *Legionella pneumophila* induced-infections

Sr. Director:

*Legionella pneumophila* es un bacilo gramnegativo causante de infecciones de un gran polimorfismo, aunque lo más frecuente es que produzca un cuadro pseudogripal autolimitado ( fiebre de Pontiac) o una neumonía. Estas infecciones suelen asociarse con la inhalación de aerosoles de agua caliente, típicamente en hoteles y centros sanitarios<sup>1</sup>. Las presentaciones clínicas extrapulmonares tales como la pericarditis, la pielonefritis y la endocarditis son infrecuentes<sup>1</sup>. La pancreatitis es una manifestación clínica excepcionalmente descrita<sup>2</sup>. La revisión de la literatura, utilizando MEDLINE database y EMBASE (palabras clave: *Legionella* + pancreatitis; *Legionella* + dissociated cholestasis) mostró sólo 10 casos publicados de pancreatitis aguda<sup>3-7</sup>. Nos parece interesante presentar por su rareza un nuevo caso de neumonía por *L. pneumophila* con pancreatitis y colostasis disociada agudas asociadas.

Mujer de 70 años, que fue hospitalizada por cuadro de 72 horas de evolución consistente en disnea progresiva, tos, expectoración purulenta y fiebre de hasta 39,5°C, con pródromos de astenia, mialgias y malestar general. Como antecedentes de interés refería hipertensión arterial y estancia una semana antes de la aparición de dicho cuadro clínico en un hotel con Spa. A la exploración se objetivó fiebre, hipotensión arterial, taquipnea, taquicardia, crepitantes en ambos campos pulmonares y molestias a la palpación en epigastrio. En la analítica de Urgencias se observó: 15,8 × 10<sup>9</sup> leucocitos/mL con neutrofilia del 88% y trombocitosis de 742,0 × 10<sup>9</sup> plaquetas/L; urea 0,51 g/L; creatinina 0,012 g/L, PT 49 g/L, albúmina 19 g/L; PCR 3,2 g/L, GOT UI/L 72, GPT UI/L 81, GGT UI/L 325, FA 235 UI/L, amilasa 756 UI/L, lipasa 458 UI/L. El estudio de coagulación fue normal. La gasometría arterial demostró una PO<sub>2</sub> de 47 mmHg (FiO<sub>2</sub> del 21%), con pH y PCO<sub>2</sub> normales. El electrocardiograma fue normal. Las placas simples de tórax evidenciaron un infiltrado alveolo-intersticial que ocupaba la totalidad del hemitórax derecho y segmentos basales del pulmón izquierdo (fig. 1). La ecografía abdominal fue normal. La búsqueda del antígeno serogrupo 1 de *L. pneumophila* en orina mediante inmunocromatografía (BinaxNOW®) fue positiva, por lo que se inició tratamiento parenteral con eritromicina (500 mg/8 horas) y levofloxacino (500 mg/24 horas). La enferma requirió ingreso en UCI y ventilación mecánica no invasiva durante 48 horas. Posteriormente, una vez estabilizada hemodinámicamente y respiratoriamente, pasó a planta de Medicina Interna, donde continuó cuatro días más en dieta absoluta y con nutrición parenteral, con normalización de las cifras de amilasa. La serología sanguínea para *L. pneumophila* mediante inmunofluorescencia indirecta (Gull Laboratories®) fue positiva

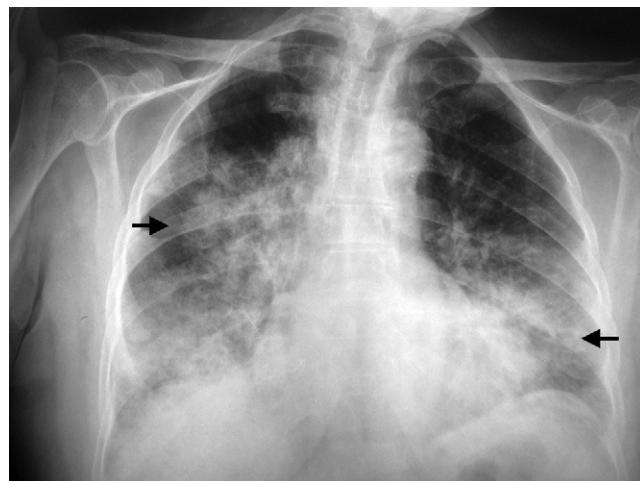


Figura 1 Pancreatitis-neumonía *Legionella*.

(título 1/128), confirmando la infección por este microorganismo. La evolución de la enferma fue favorable tras 15 días con el tratamiento indicado y los controles posteriores en consulta externa evidenciaron la completa normalización radiológica y analítica.

La asociación de pancreatitis a la infección por *L. pneumophila* es muy infrecuente. Afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos y la norma en la casuística previa es la presencia de neumonía, aunque hay casos en los que ésta no existía<sup>2</sup>. Parece que la pancreatitis se debe principalmente a la diseminación hematogena del microorganismo, aunque algunos casos podrían explicarse por diseminación por contigüidad entre pleura y páncreas caudal<sup>2,5</sup>. El mecanismo por el que se produce la pancreatitis es desconocido, pero se han postulado la posibilidad de daño celular directo por el microorganismo, la mediación de algún tipo de toxina producida por *Legionella* o incluso por inflamación mediada por células T<sup>3,4,6</sup>.

Pensamos que la pancreatitis en la infección por *Legionella* está infradiagnosticada, como parece deducirse de los escasísimos casos descritos en la literatura, en una entidad tan prevalente como es la neumonía por *Legionella*. Por tanto, deberíamos recordar que la asociación entre *Legionella* y pancreatitis es posible, sobre todo en inmunodeprimidos.

## Bibliografía

1. Stout JE, Yu VL. Legionellosis. N Engl J Med. 1997;337:682-7.
2. Parenti DM, Steinberg W, Kang P. Infectious causes of acute pancreatitis. Pancreas. 1996;13:356-71.
3. Bollaert PE, Maurizzi M. Pancreatite aigue nécrotico-hémorragique au cours d'une maladie des légionnaires. Presse Med. 1986;15:1732.
4. Etrem R, Forsgren A. Pneumonia and acute pancreatitis most probably caused by a *Legionella longbeachae* infection. Scand J Infect Dis. 1987;19:381-2.
5. Hadef H, Bilbault P, Arzouq H, Berna C, Phelipot JY, Jaeger A. Violent abdominal pain: severe *Legionella pneumophila*

- lung infection with acute pancreatitis. Am J Emerg Med. 2006;24:371–2.
6. Megarbane B, Montambault S, Chary I, Guibert M, Axler O, Brivet FG. Acute pancreatitis caused by severe *Legionella pneumophila* infection. Infection. 2000;28:329–31.
  7. Westblom TU, Hamory BH. Acute pancreatitis caused by *Legionella pneumophila*. South Med J. 1988;81:1200–1.

J.L. Puerto Alonso<sup>a,\*</sup>, P. Díaz de Souza<sup>a</sup>, D. Miragaya García<sup>a</sup> y A. Sánchez Porto<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital SAS La Línea, La Línea de la Concepción, Cádiz, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Hospital SAS La Línea, La Línea de la Concepción, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(J.L. Puerto Alonso\).](mailto:puertoalonso@hotmail.com)

doi:[10.1016/j.rce.2010.12.013](https://doi.org/10.1016/j.rce.2010.12.013)

## Reflexiones sobre el documento de voluntades anticipadas

### Considerations on the Living Will Document

Sr. Director:

La publicación en RCE de artículos como el elaborado por Antolín<sup>1</sup>, en el que se analiza el grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas (DVA) por el enfermo crónico que acude a Urgencias, ayuda a llamar la atención sobre nuestras deficiencias en este campo. Queremos apoyar algunos datos y reflexiones con la intención de contribuir a la mejora en esta vertiente de la práctica clínica.

Los DVA, también conocidos como testamentos vitales (TV) o instrucciones previas (IP), constituyen el medio del que dispone el paciente incapaz para ejercer su autonomía; son una forma de consentimiento informado prospectivo. Cabría pensar, como señalan los autores, que los enfermos afectados de enfermedades crónicas serían un subgrupo de población en el que la reflexión sobre su enfermedad debería propiciar una mayor utilización del DVA para afrontar las últimas fases de su vida. El objetivo fundamental de estos documentos es que los deseos del paciente sean respetados, pero también son una guía de ayuda a los profesionales en la toma de decisiones difíciles cercanas al final de la vida. Esto tendrá aún más valor cuando esas decisiones tengan que tomarse de una forma rápida y en pacientes con los que no hemos tenido oportunidad previa de relacionarnos, como ocurre frecuentemente en los servicios de urgencias.

El marco en el que se desarrolla este trabajo, pacientes crónicos que acuden a Urgencias por descompensación, resulta *a priori* especialmente favorable para la utilización de los DVA. Por ello, destaca aún más el bajo conocimiento del DVA que tienen los pacientes del estudio, sólo el 16% conocen su existencia. El único estudio publicado previamente en nuestro país en el que se valoraba el grado de conocimiento de los DVA por la población se realizó en el ámbito de la Atención Primaria<sup>2</sup>. Sólo el 11,2% de los pacientes conocían la existencia de estos documentos. Más llamativo aún resulta que sólo el 5% de los pacientes recibieron la información sobre dicho documento a través de su médico. Los autores señalan que esto probablemente refleja la incomodidad que supone el plantear la planificación de la muerte y dan varias razones para ello, que incluyen: el rechazo, la falta de tiempo y la falta de concienciación o preparación del profesional. Respecto a este último aspecto

hay varios estudios publicados que revelan la falta de preparación de los profesionales en este campo. El estudio de Bachiller<sup>3</sup> valora el grado de conocimiento de los médicos colegiados de la provincia de Valladolid acerca de la existencia y características del TV. Incluye a facultativos de nivel hospitalario y ambulatorio, tanto en el ámbito público como en el privado. Un 29,7% de los mismos desconoce el testamento vital y del 70,3% que lo conocen, sólo el 10,8% afirman conocerlo con detalle. En el estudio de Santos<sup>4</sup> se valora específicamente si los médicos de familia se sienten preparados para ayudar a sus pacientes a hacer el TV. Las conclusiones del mismo resultan esclarecedoras: el 82,5% de los participantes consideraba que sus conocimientos sobre el tema eran escasos o nulos; sólo un 11,8% había leído la legislación vigente y sólo el 15,4% había recibido formación específica; sabría acceder a algún modelo de TV el 17,5% de los encuestados. El estudio realizado por Simón Lordá<sup>5</sup> llega a conclusiones similares. Valora los conocimientos y actitudes de los médicos acerca de las voluntades anticipadas en dos áreas sanitarias de Andalucía e incluye tanto a médicos de atención primaria como especializada. Estos profesionales autopuntúan sus conocimientos sobre el tema con una media de 5,29 (rango de 0 = conocimientos muy malos a 10 = excelentes), el 30,4% no sabe que están reguladas por ley y únicamente el 37,6% dice haber leído el documento de voluntad vital anticipada de Andalucía. En el estudio de Valle-Sánchez<sup>6</sup> realizado en seis centros de salud de Tenerife, el 31,9% de los encuestados desconocía la posibilidad de realizar el DVA. Existe un único estudio publicado que valora los conocimientos sobre las VA en el ámbito de urgencias y emergencias<sup>7</sup>. Se realizó en la Comunidad de Madrid, los encuestados eran médicos y enfermeros y un 26,5% no conocían lo que es un DVA, sólo un 18,4% conocía la legislación vigente al respecto y un 49% reconocía que no había preguntado nunca a la familia por la existencia de este tipo de documento antes de iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Otro aspecto llamativo se refiere al hecho de que un 22% de los pacientes del estudio de Antolín<sup>1</sup> desconocían que su enfermedad podía requerir ingreso en una unidad de cuidados intensivos y hasta un 46% desconocían que podían llegar a requerir ventilación mecánica. Estos hallazgos reflejan que el proceso de información al paciente no es el adecuado en muchas ocasiones.

Por último, nos gustaría destacar que los profesionales sanitarios tenemos, respecto a las voluntades anticipadas, unas obligaciones de mínimos que son conocer su existencia