

4 A. Martín Martínez
J.A. Sánchez
J.A. García Henández

Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

Correspondencia:

A. Martín.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
H.V.M.I. de Canarias.
Avda. Marítima del Sur, s/n.
35001 Las Palmas de G. Canaria.

Fecha de recepción: 4/6/01

Aceptado para su publicación: 26/9/01.

Neumotórax bilateral secundario a neumonía estafilocócica y embarazo

*Bilateral pneumothorax
secondary to staphylococcal
pneumonia and pregnancy*

A. Martín Martínez, J.A. Sánchez, J.A. García Henández.
*Neumotórax bilateral secundario a neumonía estafilocócica
y embarazo. Prog Obstet Ginecol 2001;44:384-387.*

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una de las causas más frecuentes de muerte por enfermedad infecciosa en personas no grávidas. En la embarazada el comportamiento es semejante, aunque se describen una mayor virulencia y un mayor porcentaje de mortalidad^{1,2}. Además, se asocia a anemia materna y a asma, y la hipoxemia y acidosis a que da lugar se relacionan de forma significativa con el parto pretérmino y el bajo peso al nacimiento³.

Staphylococcus aureus ocasiona aproximadamente el 3% de las neumonías bacterianas extrahospitalarias. Se trata de una enfermedad esporádica excepto durante los brotes de gripe, cuando es bastante más frecuente, aunque menos que la neumonía neumocócica⁴. En niños mayores y adultos sanos es una neumonía excepcional que, cuando acontece, suele ir precedida de una infección respiratoria tipo gripal (gripe, sarampión u otros virus).

Produce inflamación del parénquima pulmonar distal (bronquiolos y unidades alveolares). Suele tener una evolución tórpida con tendencia a la cavitación (neumatoceles y abscesos) y a la formación de empiemas^{4,5}.

Existen menos de 10 casos publicados de neumonía estafilocócica en una mujer gestante⁶.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente secundigesta de 29 años con antecedentes de una fístula anal intervenida, fumadora de 10 cigarrillos al día desde los 17 años. Como antecedentes obstétricos tenía un parto anterior eutócico.

La gestación actual estaba bien datada y había seguido un curso normal hasta la semana 33, cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias refiriendo disnea progresiva de tres días de evolu-

ción. Se le asociaba un cuadro de artralgias, astenia y anorexia. No había presentado fiebre, tos, dolor costal ni expectoración durante el desarrollo del proceso. La paciente refería un inicio súbito de los síntomas que habían evolucionado muy rápido hasta un estado de postración y mal estado general, que no se relacionaba con el examen físico de la paciente.

En el momento del ingreso hospitalario en el examen físico se apreciaba una paciente con buena coloración de piel y mucosas, orientada temporoespacialmente, en la que destacaba una respiración taquipneica y superficial con ayuda de musculatura accesoria. No toleraba la posición de decúbito por intensificación de la disnea.

Las constantes vitales objetivadas fueron: presión arterial de 90/60 mmHg; frecuencia cardíaca de 80 lat/min; frecuencia respiratoria de 52 respiraciones/min; temperatura de 36,5 °C.

La auscultación cardíaca revelaba unos tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. La auscultación respiratoria objetivaba una disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con abolición de ruidos en el campo basal derecho, así como crepitantes difusos en ambos campos. En la exploración del abdomen, se apreciaron altura uterina acorde con la edad gestacional y frecuencia cardíaca fetal normal. En las extremidades, no se apreciaban signos de trombosis venosa profunda ni superficial.

Se solicitó una radiografía de tórax que evidenció una afectación alveolar bilateral con atelectasia en el lóbulo inferior derecho.

Los datos de la gasometría arterial eran: PO₂ de 61,3 mm; PCO₂ de 28,3; PH de 7,44, y saturación O₂ del 92,3%.

En el hemograma destacaba leucocitosis (9.500) con una importante desviación a la izquierda (neutrofilia del 99%).

Se decidió ingreso hospitalario con el juicio diagnóstico de neumonía bilateral de predominio derecho. Se solicitaron hemocultivos y cultivos Gram del esputo.

El tratamiento empírico que se pautó hasta recibir los resultados de los cultivos fue: 500 mg/6 h de eritromicina, salbutamol en aerosol, sueroterapia y oxigenoterapia. Las pruebas de bienestar fetal en el momento del ingreso fueron todas satisfactorias (test basal de frecuencia cardíaca y Doppler en arteria

umbilical).

La paciente siguió una mala evolución en planta, con dificultad respiratoria progresiva, inicios de picos febriles de predominio vespertino y aumento de su estado de postración, con intolerancia absoluta al decúbito supino (precisaba tres o 4 almohadas en la cama). La saturación de oxígeno se mantenía en 66 mmHg a pesar de recibir oxigenoterapia al 50%. Se cambió la pauta antibiótica a 2 g i.v. /6 h de cefotaxima y se añadió clindamicina al tratamiento para cubrir el espectro de los microorganismos gramnegativos en espera de los resultados de los cultivos.

Al quinto día del ingreso el cuadro clínico había empeorado con aparición de dolor en hemitórax derecho, hemoptisis, persistencia de fiebre y empeoramiento de la disnea. Se recibió el cultivo de esputo, que era positivo para *S. aureus*. Se cambió la pauta antibiótica a vancomicina y se repitió la placa de tórax, que objetivó derrames pleurales bilaterales.

Al día siguiente la paciente inició un cuadro súbito de disnea que se acompañaba de intensa cianosis. Se le realizó placa de tórax, que evidenció neumotórax izquierdo. El cuadro se resolvió mediante colocación de tubo de drenaje (Pleurebac), que logró reexpandir el parénquima pulmonar y estabilizar la situación clínica de la paciente.

A las 24 h la paciente volvió a iniciar un cuadro de taquipnea intensa y agitación. En la auscultación se objetivó una abolición absoluta del murmullo vesicular en el campo pulmonar derecho, y la radiografía confirmó el neumotórax derecho, que precisó la colocación de otro tubo de drenaje en el hemitórax derecho.

Posteriormente la gestante necesitó reinstauración del drenaje pleural en la cavidad izquierda por neumotórax marginal apical. La evolución clínica fue favorable. A los 10 días se encontraba asintomática, eupneica, afebril, con una auscultación cardiopulmonar normal y una radiografía de tórax sin complicaciones pleurales, donde se apreciaban signos de afectación parenquimatosa en fase de resolución.

La gestación en este momento estaba en la semana 36 y todas las pruebas de bienestar fetal realizadas fueron satisfactorias.

La valoración obstétrica fue: biometría acorde con edad gestacional, Doppler en arteria umbilical normal, test basal reactivo. Se decidió actitud expectante y evitar maniobra de Valsalva en el momento del

6 parto.

Con 39 semanas de gestación se inició trabajo de parto espontáneo. Tras 2 h de dilatación nace mediante fórceps profiláctico un feto varón de 3.175 g con test de Apgar 9/10 y pH arterial de 7,28 y venoso de 7,40.

La paciente fue dada de alta a los 4 días, el puerperio cursó dentro de la normalidad, la lactancia realizada por el neonato fue artificial por deseo materno. Tras 6 meses de seguimiento la paciente se encuentra clínicamente bien, sin secuelas funcionales.

DISCUSIÓN

Las modificaciones anatómicas y fisiológicas que se producen en el aparato respiratorio durante el embarazo son numerosas y suceden mucho antes de que se produzca un aumento importante del volumen uterino susceptible de incrementar las molestias mecánicas impuestas al aparato toracopulmonar.

La modificación en la tasa de estrógenos, progesterona, prostaglandinas y nucleótidos cíclicos contribuye a dichos cambios prematuros¹. El embarazo puede entonces influir en la evolución de enfermedades respiratorias alterando su curso habitual y es a menudo fuente de angustia cuando se produce una afección broncopulmonar aguda grave como una embolia pulmonar, una crisis asmática, una tuberculosis, una neumopatía o un neumotórax.

S. aureus ocasiona aproximadamente el 3% de las neumonías bacterianas extrahospitalarias y es la causa de menos del 1% de las neumonías típicas, pero puede ser un patógeno habitual en organismos inmunodeprimidos. Se trata de una enfermedad esporádica excepto durante los brotes de gripe, cuando es bastante más frecuente, aunque menos que la neumonía neumocócica.

Es más frecuente en lactantes y niños menores de 6 meses, en personas afectadas de fibrosis quística y en enfermos debilitados propensos a la aspiración. También se encuentra con frecuencia distalmente a un carcinoma broncogénico y en adictos a drogas parenterales que padecen cuadros de endocarditis derecha por *S. aureus* por contaminación desde la piel. En niños mayores y adultos sanos es una neumonía excepcional que, cuando acontece, suele ir precedida de una infección respiratoria tipo gripal

(gripe, sarampión u otros virus). Por este motivo las referencias bibliográficas de neumonía estafilocócica en mujeres embarazadas son escasísimas.

La neumonía suele ser resultado de una diseminación hematógena desde otro sitio del organismo, aunque también puede deberse a aspiración orofaríngea. Produce inflamación del parénquima pulmonar distal (bronquiolos y unidades alveolares). Suele tener una evolución tórpida con tendencia a la cavitación (neumatocelos y abscesos) y a la formación de empiemas.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras neumonías. El antecedente de un proceso gripal, la rápida aparición de un dolor pleural con cianosis y postración excesivas con relación a los signos físicos deben hacer sospechar la neumonía estafilocócica primaria. Suele haber leucocitosis y el cultivo acostumbra a ser positivo en el 20 al 30% de los casos⁷.

Radiográficamente suele presentar un patrón atípico con infiltrados centrales, neumatoceles y abscesos. Se suele asociar la existencia de un empiema en el 50% de los casos⁸.

La mortalidad materna es aproximadamente del 2 al 5%⁸. La mortalidad y morbilidad perinatal asociadas a la neumonía estafilocócica son también significativas, sin que pueda establecerse una prevalencia determinada dada la escasa frecuencia de este cuadro⁶.

Los resultados adversos se relacionan con una incidencia de parto pretérmino del 40% debido a la concentración aumentada de prostaglandinas circulantes en relación con la infección, lo cual produce un aumento de la actividad uterina.

En pacientes inmunodeprimidas o con afectación multilobular del parénquima la hipoxemia resultante puede llegar a afectar al feto.

En gestantes donde no se puede conseguir una oxigenación adecuada se puede considerar la inducción al parto en un esfuerzo por recuperar la capacidad residual pulmonar perdida por el embarazo; esta práctica ha sido muy debatida porque aporta una dudosa mejoría del cuadro y se asocia con un aumento de la mortalidad fetal⁶.

Dado que muchos casos de neumonía ocurren después de una enfermedad respiratoria alta común, el empeoramiento o la persistencia deben llevar rápidamente a la consideración del diagnóstico de una infección del parénquima pulmonar. Deben tomarse radiografías de tórax anteroposterior y lateral a toda mujer embarazada en la que se sospeche una neu-

BIBLIOGRAFÍA

monía^{7,8}.

1. Weinberg SE, Weiss ST, Cohen WR, Johnson TS. Pregnancy and the lung. *Am Rev Respir Dis* 1980; 121: 559-581.
2. *Semin Perinatal* 1997.
3. *J Matern Fetal* 1999.
4. Bartlett JG, Mundy LM. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1618.
5. Bennet BB. Community-acquired pneumonia. *Prim Care Update Ob/Gyn* 1994; 1: 139.
6. Berkowitz K, Lasala A. Risk factors associated with the increasing prevalence pneumonia during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 981.
7. Eykyn SQ. Staphylococcal sepsis. The changing pattern of disease and therapy. *Lancet* 1988; 1: 100.
8. Sheagren JN. *Staphylococcus aureus*. The persistent pathogen I. *N Engl J Med*. 1984; 310: 1368.