

**PRESENTACIÓN DE CASO**

**Síndrome de distrés respiratorio del adulto como complicación en el curso de varicela zoster**

**Respiratory distress syndrome on adult as a complication in the course of the varicella-zoster**

**Dr. Yosvany Ortiz Jiménez, Dr. Jorge Luís Vázquez Cedeño, Dr. Alejandro Vázquez Soto, Dra. Mabel Brito Bartumeu, y Lic. Irina Guilarte Duran.**

Hospital Héroes del Baire. Isla de la Juventud, Cuba.

---

**RESUMEN**

Se presenta el caso de un varón de 44 años, fumador, que tuvo contacto con niña portadora de varicela y llegó al hospital con lesiones en la piel típicas de varicela, fiebre elevada y mantenida de 39-40 °C y falla respiratoria aguda. Se trató con ventilación mecánica, aciclovir, ceftriaxona, ciprofloxacino. La evolución fue favorable con una estadía de 10 días en la sala de cuidados intensivos. Se decidió presentar el caso por la poca frecuencia de la varicela complicada en adultos aparentemente sanos. Se realiza la revisión del tema a partir de algunos casos descritos en la literatura médica.

**Palabras clave:** neumonía viral, varicela, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, diagnóstico, complicaciones.

---

**ABSTRACT**

This is the case of a male smoker patient aged 44 to get in touch with a girl carrier of varicella who came to hospital presenting with the typical skin lesions of varicella, high and maintained fever of 39-40 °C and acute respiratory failure. Treatment prescribed was mechanical ventilation, acyclovir, ceftriaxone and ciprofloxacin. The course was favorable with a hospital stay of 10 days in the ICU. This case was presented due to the low frequency of the varicella complicated in apparently healthy adults. A review of this subject was conducted from some cases described in the medical literature.

**Key words:** Viral pneumonia, varicella, adult respiratory failure syndrome, diagnosis, complications.

---

## INTRODUCCIÓN

La primera sugerencia de que tanto el herpes zoster como la varicela eran producidos por el mismo agente infeccioso fue hecha por Von Bokay, en 1888, quien observó la aparición de varicela en niños que habían estado expuestos a una persona que tenía un herpes zoster. Actualmente se sabe que es el mismo agente etiológico en ambas enfermedades. La varicela es una enfermedad de la infancia, es altamente contagiosa y se caracteriza por erupción vesicular generalizada en piel y mucosas, aunque puede presentarse una forma de la enfermedad en adultos e inmunodeficientes.<sup>1,2</sup>

La varicela es una enfermedad extraordinariamente contagiosa, parece propagarse a través de gotitas de flugge, siendo el período de máxima contagiosidad el corto pródromo y las fases iniciales de la erupción. El período de incubación dura 14 a 16 días y se considera transmisible entre 10 y 21 días a partir de la exposición. Cuando las lesiones finales se cubren con costras, la enfermedad deja de ser contagiosa. El aislamiento durante los seis días posteriores a la aparición de las primeras vesículas suele ser insuficiente para controlar la infección cruzada. No existe transmisión indirecta por terceras personas inmunes.<sup>1,2</sup>

Las epidemias se producen en invierno y principios de la primavera, en ciclos de tres a cuatro años (período necesario para que aparezca un nuevo grupo de personas susceptibles). La susceptibilidad es elevada desde el nacimiento hasta el momento en que se contrae la enfermedad, aunque algunos lactantes pueden tener una inmunidad parcial, probablemente adquirida por vía transplacentaria, que dura hasta los seis meses de edad.<sup>2,3</sup>

De 11 a 15 días después de la exposición, pueden aparecer cefalea leve, fiebre moderada y malestar, lo que sucede unas 24 a 36 horas antes de que surja la primera serie de lesiones. El pródromo suele pasar inadvertido en los niños pequeños, es más probable en los niños mayores de 10 años de edad y suele ser más grave en los adultos.<sup>2,4,5</sup>

Se reporta, el 90 % de los casos, en niños menores de 12 años y el 10 % de la población mayor de 15 años es susceptible a padecerla.<sup>2,5,7</sup>

El virus es endémico, pero se convierte en epidémico al final del invierno y durante la primavera. A pesar de que esta afección tiene menor incidencia en adultos, cuando aparece se aprecia un incremento importante en la morbilidad y la mortalidad. Son grupos de riesgo las embarazadas, los pacientes en edades extremas de la vida, y los inmunocomprometidos, en ellos se presenta mayor número de complicaciones por lo que requieren de cuidados intensivos.

Las complicaciones en niños se producen en casos con leucemia, linfomas y tumores sólidos, las más frecuentes son las cardiopericarditis, ataxia cerebelosa, encefalitis, síndrome de Reye y hepatitis. La neumonía es rara.

En adultos, la complicación más común es la neumonía, que puede evolucionar al síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). También pueden aparecer

complicaciones en el sistema nervioso central, diseminación visceral y miocarditis.<sup>3,4</sup>

El deterioro de la inmunidad celular ocasionado por enfermedades coexistentes, infección por VIH, cáncer, enfermedad oncohematológica, uso de esteroides, así como el tabaquismo, son factores de riesgo para desarrollar neumonías varicelosas; aunque también puede observarse en personas anteriormente sanas. Se recomienda la vacunación para la varicela por el peligro potencial de una enfermedad grave.<sup>4,5,8</sup>

Se presenta el caso de un paciente aparentemente sano, solo se recogió el antecedente de tabaquismo, que ingresó en el Hospital Héroes del Baire por una varicela complicada con neumonía varicelosa y distrés respiratorio, con buena evolución clínica debido al diagnóstico y tratamiento oportuno que requirió de atención en cuidados intensivos y tuvo una estadía total de 18 días.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 44 años, fumador de más de una cajetilla diaria, que es ingresado en el servicio de medicina, por falta de aire intensa, no relacionada con los esfuerzos físicos, de comienzo lento y progresivo, que no toleraba el decúbito (cinco días de evolución), refiriendo que la misma era mantenida durante todo el día y solo aliviaba en posición de sentado. Asociado a esto presentaba fiebre de 39-40 °C, que no cedía con la terapéutica convencional, y mantenida todo el día, agrega además escalofríos, pérdida del apetito, sudoraciones y lesiones pustulosas costrosas y vesiculares con eritema asociado distribuidas por todo el cuerpo incluyendo mucosa oral, por lo que se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos familiares de interés: hija y esposa con ingreso en el hogar por cuadro de varicela.

Examen físico al ingreso: Paciente ansioso, polipneico, hipertermia de 39 °C, no toleraba el decúbito, solo mejoraba con la administración de oxígeno suplementario, frecuencia respiratoria de 36 por minuto, frecuencia cardíaca de 135 por minuto, aspecto tóxico infeccioso, palidez marcada con facies ansiosa, sudorosa y con aleteo nasal, cianosis bucal y distal, murmullo vesicular marcadamente disminuido con presencia de estertores húmedos de tipo crepitantes en ambos campos pulmonares, tiraje generalizado, ruidos cardíacos rítmicos, tensión arterial 100/70, consciente, dificultad para hablar.

Se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, se procedió a la intubación y ventilación mecánica con equipo Savina en modalidad IPPV, a pesar de FiO<sub>2</sub>: 1 la saturación no mejoró, por lo que se decidió ventilar con PEEP de 10 cm de agua.

Presentó una compliance estática de 35 ml/cmH<sub>2</sub>O, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: 180 D(A-a)O<sub>2</sub>: 125 mmHg, La radiografía de tórax mostró infiltrados pulmonares radiopacos en ambos campos pulmonares, silueta cardíaca ligeramente aumentada de tamaño y aorta normal.

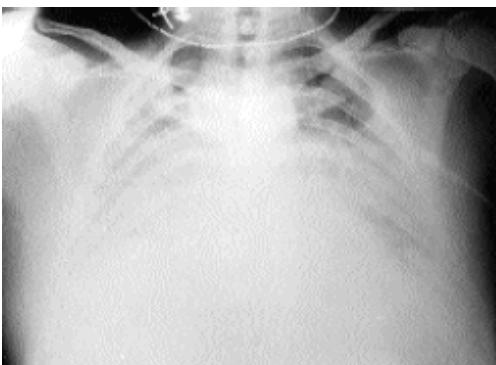
Se le realizó score de distress con puntuación de más de 2,5. Durante su evolución en la unidad fue necesario elevar los valores de PEEP por la hipoxemia refractaria que presentaba aún con FiO<sub>2</sub>: 1, se mantuvo estable hemodinámicamente a pesar del uso de la PEEP, siempre con hipoxemia marcada y distress respiratorio.

Hemogasométricamente: acidosis respiratoria a pesar de las modificaciones ventilatorias.

En la [radiografía de tórax](#) aparecen signos que recuerdan el distrés respiratorio avanzado. En este paciente desde el inicio hubo lesiones típicas del distrés con empeoramiento en menos de dos horas de haber sido admitido en la unidad.



**Fig. 1.** Radiografía de tórax al ingreso: infiltrado intersticial y alveolar, componente nodular en bases y región perihiliar.



**Fig. 2.** Empeoramiento radiográfico con infiltrado difuso y derrame pleural bilateral en las primeras 48 horas de su estancia en UCI.

Al cuarto día del ingreso con ventilación mecánica y parámetros ventilatorios elevados comienza a presentar mejoría radiológica y de la saturación de oxígeno en hemogasometría, por lo que se comienza a separar de la ventilación artificial mecánica y apoyado con oxigenación suplementaria se mantuvo con saturación de oxígeno de 94 % y aceptable mecánica ventilatoria, despierto y consciente. Cuatro horas después se procedió a la extubación del paciente. Mantuvo buena evolución clínica, radiológica y hemogasométrica por lo que se trasladó al servicio de medicina. Ya en este momento las lesiones en piel se encontraban en fase resolutiva.

Fue egresado a los 18 días del ingreso con evolución favorable y sin presencia de lesiones en piel.

La Varicela es una enfermedad exantemática producida por el virus varicela-zóster (VVZ), que afecta sobre todo a niños. Puede afectar al 1-2 % de los adultos, siendo entonces las complicaciones y mortalidad 25 veces mayor que en la infancia. La neumonía es la más frecuente y grave, presentándose entre el 16-50 % de los adultos infectados con una mortalidad del 10-30 % en inmunocompetentes, aumentando hasta el 35-45 % en inmunocomprometidos y embarazadas. En pacientes con VIH la infección por el VVZ es frecuente, sin embargo la Neumonía Varicelosa (NV) se ha descrito sólo en casos aislados.<sup>6,8,9</sup> Otras complicaciones son la encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, síndrome de Guillain-Barré, artritis, neuritis óptica, necrosis retiniana, uveítis, queratoconjuntivitis, miopericarditis, hepatitis, pancreatitis, apendicitis, glomerulonefritis, orquitis, púrpura de Schölein-Henoch y trombocitopenia.

Esta forma tan grave de presentación de la varicela con manifestaciones cutáneas, disnea intensa e insuficiencia respiratoria severa también ha sido descrita por algunos autores.<sup>7,9,10</sup>

Debe tenerse en cuenta que la vacunación es muy útil en la prevención de la varicela y sus complicaciones.

La neumonía varicelosa presenta como principales factores predisponentes el tabaquismo, tercer trimestre de embarazo e inmunosupresión. En la mayoría de los casos, se constata el contacto previo con pacientes afectos de varicela. La sospecha diagnóstica se establece mediante la presencia de un cuadro febril con lesiones cutáneas generalizadas en diferentes estadios evolutivos.<sup>8,10,11</sup> La NV se suele presentar al tercer o cuarto día del inicio de la erupción cutánea, con tos poco productiva y disnea, siendo menos frecuente el dolor torácico y hemoptisis, al igual que ocurrió en el caso descrito. Existe disociación clínico-radiológica, siendo los hallazgos de la exploración física escasos en comparación con el grado de afectación radiológica.<sup>13,14,15</sup>

El patrón radiológico se caracteriza por un infiltrado intersticial con nódulos que pueden progresar hacia la formación de áreas de condensación en bases y zonas perihiliares, pudiéndose acompañar de derrame pleural y adenopatías hiliares. Además, se ha observado neumotórax, enfisema mediastínico y subcutáneo. La evolución va desde casos asintomáticos y con curación espontánea hasta otros con SDRA y muerte. La hipoxemia grave temprana es el principal factor de mal pronóstico, siendo también importante que el tratamiento se inicie precozmente<sup>13,15,16</sup>

El Aciclovir por vía intravenosa a dosis de 5-10 mg/kg cada 8 horas es el tratamiento en las formas con sintomatología respiratoria y/o hipoxemia, embarazadas e inmunodeprimidos. Consigue respuestas favorables en 24-48 horas y una resolución completa radiológica antes de la segunda semana, se han descrito no obstante, calcificaciones pulmonares años después del proceso con más frecuencia en los fumadores.<sup>16,17,18</sup> El paciente que presentamos, a pesar de iniciar tratamiento antiviral a dosis convencionales según esquema de tratamiento, evolucionó inicialmente hacia insuficiencia respiratoria y distrés respiratorio con mejoría a partir del quinto día. En casos asintomáticos sin hipoxemia y con afectación radiológica, el Aciclovir oral administrado en las primeras 72 horas puede acortar la duración de la enfermedad. En fumadores con formas subclínicas es más discutible la indicación de antiviral. La duración del tratamiento oscila entre cinco y siete días.

Podemos concluir que en todo adulto con varicela y manifestaciones respiratorias es

conveniente realizar una radiografía de tórax y un seguimiento hasta la resolución del rash, con especial atención a la aparición de manifestaciones respiratorias y siempre teniendo en cuenta otro tipo de complicaciones que en muchas ocasiones pasan desapercibidas debido a las mínimas manifestaciones clínicas con las que cursan.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento por la asistencia brindada en la ejecución de esta presentación al alumno Ayudante de Medicina Interna Carlos Vázquez Ortiz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Segura JM, Gutiérrez Oliver A, Maraví Poma E, Jiménez Urra I. Neumonía grave por varicela. Rev. Clín., Soc. Esp de Med. Int., Vol. 203, No. 12, ISSN 0014-2565, Pág. 591-594; 2003. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v230n12a13053729pd001.pdf>
2. Rodríguez Borregán JC, Domínguez Artiga MJ, Miñambres E, Tejerina Álvarez E, Holanda Peña MZ, González Fernández C, Quesada Suescun A. Neumonía varicelosa en adultos: 30 casos. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 20 No. 12, dic. 2003. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003001200003&script=sci\\_arttext&tIngr=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003001200003&script=sci_arttext&tIngr=pt)
3. Arilla S, Artázcoz MA. Cuidados del paciente con distrés respiratorio precoz causado por neumonía varicelosa. Anales Sis San Navarra Vol. 29, No. 3 Pamplona set., dic. 2006 ISSN 1137-6627. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n3/informativas2.pdf>
4. Serrano Ocaña G, Ortiz Sablón JC, Ochoa Tamayo I. Neumonía Varicelosa. Presentación de un caso. Hospital Dora Ngiza Port Elizabeth Sudáfrica. Rev. MediSur Vol. 7 No. 1; Cienfuegos ene.-feb. 2009 ISSN 1727-897X. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180014820008.pdf>
5. Obón Azuara B, Gutiérrez Cía I, Villanueva Anadón B, Luque Gómez P. Neumonía grave por varicela en el adulto: hospitalización y cuidados intensivos. Rev. Med. Clin. (Barc); Vol. 125, No. 9, Pág. 356-357; 2005. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/neumonia-grave-varicela-adulto-hospitaato-Dlizacion-cuidados-intensivos-13078774-cartas-cientificas-2005>
6. Sánchez Martín E, Laguía Almansa L, Fernández Peláez JM, Tárraga Rodríguez I, Gato Díez A, Ferrera Fernández P. Infiltrado pulmonar y lesiones cutáneas. Revista clínica Española, Vol. 201, No. 7; 2007. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pid\\_articulo=13015714&pid\\_usuario=0&contactid=&pid\\_revista=65&ty=49&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v201n07a13015714pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid_articulo=13015714&pid_usuario=0&contactid=&pid_revista=65&ty=49&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v201n07a13015714pdf001.pdf)
7. Bautista Rodríguez MD, De Asís Bravo-Rodríguez F, Fuentes Jiménez F, Sancho Ruiz H. Glucocorticoides e inmunoglobulinas en el síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a neumonía por varicela. Med. Clin. Barc; Vol. 122, No. 6, Pág. 237-239; 2004. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pid\\_articulo=13058175&pid\\_usuario=0&contactid=&pid\\_revista=2&ty=102&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v122n06a13058175pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid_articulo=13058175&pid_usuario=0&contactid=&pid_revista=2&ty=102&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v122n06a13058175pdf001.pdf)
8. Beby-Defaux A, Brabant S, Chatellier D, Bourgoin A, Robert R, Ruckes T, Agius G.

- Disseminated Varicella with Multiorgan Failure in an Immunocompetent Adult. Journal of Medical Virology; 81:747-749; 2009. Disponible en: <http://www.interscience.wiley.com>
- 9. Richaud C, Ngo MT, Agbessi CA, Boru B, Elkhattat D, Chinet T. Atteinte bronchique au cours d'une pneumonie varicelleuse chez un adulte immunocompétent. Rev Mal Respir; Vol. 25, No. 1, pp. 59-62. 2008. Disponible en: <http://www.elsevier-masson.fr>
  - 10. Meylan P, Vollenweider P, Gianinazzi F, Monti M. Varicella pneumonia. 97(19):1037-43. 2008.
  - 11. Dehecq C, Wibaux A, Valette M, Viget N, Baclet V, Yazdanpanah Y, Senneville E. Retrospective study of 106 cases of varicella in immunocompetent adults. Parameters associated with varicella pneumonia. Med Mal Infect; 39(2):101-107. 2009.
  - 12. Abdelghani A, Slama S, Hayouni A, Njima H, Mezghani S, Klabi N, Garrouche A, Benzarti M, Jerray M. Varicella pneumonia: a serious complication of varicella in adults. Rev Pneumol Clin; 65(1):9-12. 2009.
  - 13. Avnon LS, Smolikov A, Almog Y. Varicella pneumonia in southern Israel: clinical characteristics, diagnosis and therapeutic considerations. Isr Med Assoc J; 11(5):261-265. 2009.
  - 14. Troya García J, Espinosa de Los Monteros Garde MJ, Moreno B. Neumonía por varicela en población adulta: revisión de 21 casos. Rev Clin Esp; 206(11):566-569. 2006.
  - 15. Ferreira Santos C, Gomes A, Garrido A, Albuquerque A, Melo E, Barros I, Marques A, Saraiva JP. Varicella zoster pneumonia. Rev Port Pneumol; 16(3):493-505. 2010.
  - 16. Dulovia O, Gvozdenovic E, Nikolia J, Spurnia AR, Katania N, Kovarevia-Paviaevia D. Varicella complications: is it time to consider a routine varicella vaccination? Vojnosanit Pregl; 67(7):523-9. 2010.
  - 17. Roy Escarda C, Vicente Tierno N, Reimundo Díaz-Fierros M, García Martín F. Neumonía varicelosa en el adulto: estudio de 17 casos. Aten Primaria; 36 (5). 2005
  - 18. Boutin A, Boudure E, Schott A, Beydon N, Chabrol B, Dubus JC. Pneumonia with empyema during varicella. Archives of Pediatric. 2008. 15; 11: 1643-47.

Recibido: 19 de diciembre de 2011

Aprobado: 28 de diciembre de 2011

*Yosvany Ortiz Jiménez*. Hospital Héroes del Baire, Isla de la Juventud, Cuba. Dirección electrónica: [JlVazquez@infomed.sld.cu](mailto:JlVazquez@infomed.sld.cu)