

NEUMONÍA

La neumonía puede definirse como una lesión inflamatoria pulmonar en respuesta a la llegada de microorganismos a la vía aérea distal y parénquima. La histología de la neumonía depende del momento de evolución, del agente causal y de ciertas condiciones del huésped. La definición de neumonía es anatomopatológica y microbiológica, es excepcional disponer de histología y con frecuencia no se puede determinar el germen causal a nivel pulmonar, por ello el diagnóstico suele ser un diagnóstico sindrómico, basado en el cuadro clínico y la demostración de un infiltrado pulmonar. Pueden apoyarlo la leucocitosis y otros rectantes de fase aguda, los datos microbiológicos si se dispone de ellos y la evolución con tratamiento. Las principales manifestaciones clínicas de la neumonía son la tos, la expectoración purulenta o herrumbrosa, la disnea, el dolor pleurítico y la fiebre, los síntomas son inespecíficos y distinguen mal entre neumonía y otras enfermedades respiratorias. La semiología pulmonar, crepitantes y signos de consolidación, es también poco sensible y poco específica para el diagnóstico. La afectación parenquimatosa se demuestra apreciando un infiltrado o condensación reciente en la radiografía torácica. Aunque la demostración radiológica es necesaria para un diagnóstico fiable, su sensibilidad no es absoluta.

Las neumonías pueden clasificarse en función del agente causal: así, por ejemplo, neumonía neumocócica, neumonía estafilocócica o neumonía por *Klebsiella pneumoniae* o por *Legionella pneumophila*. Esta clasificación es muy poco práctica desde el punto de vista clínico pues, aunque puede haber ciertas particularidades en relación al agente etiológico concreto, no son suficientes para establecer un diagnóstico con un mínimo grado de confianza, y el patógeno causal generalmente no se conoce en el momento del inicio del tratamiento. Por el tipo de afectación anatomopatológica puede distinguirse neumonía lobar, bronconeumonía, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y neumonía intersticial, las dos últimas son relevantes en el manejo clínico del paciente: la neumonía necrotizante o el absceso suponen la participación probable de gérmenes anaerobios y otros gérmenes productores de necrosis; la neumonía

intersticial aumenta la probabilidad de virus y otros gérmenes atípicos o de *Pneumocystis jirovecii*, aunque pueden producir bacterias comunes. La diferenciación radiológica entre neumonía y bronconeumonía es poco útil clínicamente. La clasificación más importante se hace en función del tipo de huésped, inmunocompetente e inmunodeprimido (o inmunosuprimido), y en función del ámbito de adquisición.

Para el diagnóstico de neumonía se suele basarse en la clínica y en la radiología dado que muchos otros cuadros pueden producir un cuadro similar, en el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta factores epidemiológicos, antecedentes del paciente, factores de riesgo, características del cuadro clínico y posibles manifestaciones extrapulmonares. Hay que valorar la posible exposición a sustancias y gases tóxicos, a antígenos orgánicos o inorgánicos, profesional o no, y a fármacos o drogas. Entidades muy frecuentes en la práctica clínica, como el embolismo pulmonar, el edema pulmonar o el síndrome de distrés respiratorio del adulto, pueden plantear, en función de su presentación, problemas de diagnóstico diferencial con la neumonía. Es importante el tener consideraciones sobre la neumonía que no responde al tratamiento, pues con frecuencia se debe a otras patologías infecciosas o no infecciosas.

La neumonía puede considerarse de mala evolución a la persistencia o progresión de las manifestaciones clínicas, radiológicas o biológicas secundarias a la neumonía el cual identifica a un grupo de mayor mortalidad. La causa más frecuente es infecciosa, bien persistencia del patógeno inicial bien neumonía nosocomial sobre impuesta, aunque deben valorarse causas no infecciosas. Hay numerosos factores asociados a mala evolución: la mayoría de edad del paciente, la comorbilidad severa o la mayor gravedad de la neumonía: mayor puntuación de Fine, mayor extensión radiológica, derrame pleural o cavitación, bacteriemia y ciertas etiologías, también el retraso en el inicio del tratamiento o el tratamiento ineficaz, y el que no se trate de una neumonía. La neumonía crónica es la que presenta un infiltrado persistente junto a sintomatología persistente o progresiva más de un mes, esto cuando la causa es bacteriana, los gérmenes más frecuentes

son *H. influenzae* (46%), *Streptococcus* alfa-hemolítico (22%), *P. aeruginosa* (10%), *S. aureus* (9%) y es menos frecuente el *S. pneumoniae* (4%)(40,58). Es frecuente la patología pulmonar subyacente, sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasias y otras alteraciones estructurales broncopulmonares. La fibrobroncoscopia es muy rentable para descartar factores subyacentes y otras etiologías, infecciosas o no. Neumonía recurrente es cuando reaparece tras una resolución completa del episodio previo. Cuando la causa es infecciosa suele haber una causa subyacente, como bronquitis crónica, bronquiectasias, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, etilismo crónico, insuficiencia renal, sinusitis crónica, neoplasia maligna, alteraciones de la conciencia o de la deglución o inmunosupresión. La recurrencia en una misma localización apoya la existencia de lesiones en los bronquios que drenan esa zona. Los infiltrados recurrentes, sobre todo si no hay causa predisponente de neumonía, pueden deberse a patología inflamatoria no infecciosa, como infiltrados pulmonares eosinófilos, neumonía organizada criptogenética o alveolitis alérgica extrínseca.

BIBLIOGRAFÍA:

- Jorda MR, Torres MA, Ariza Cardenal FJ, Álvarez LF, Barcenilla GF, et al. Recomendaciones para el tratamiento de la neumonía nosocomial grave. Archivos de Bronconeumología 2004; 40: 518-33
- McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. New England Journal of Medicine 2002; 346: 429-37.
- Álvarez Rocha L, Alós JI, Blanquer J, Álvarez Lerma F, Garau J, Guerrero A, et al. Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. Medicina Intensiva 2005; 29: 21-62.
- Colice GL, Morley MA, Asche C, Birnbaum HG. Treatment costs of community-acquired pneumonia in an employed population. Chest 2004; 125: 2140-5.