INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA, REPORTE DE 2 CASOS

Benjamín Gárate-Parra[1], Carolina Ruiz-Balart[1], Andrés Aquevedo-Salazar[1], Eyleen Llewellyn-Rojo[1], Felipe Clavero-Espinoza[1]

1. Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río

Insuficiencia respiratoria catastrófica por Legionella pneumophila, reporte de 2 casos Introducción: Legionella es un género de bacterias gram negativas, pleomórficas e intracelulares facultativas causantes de neumonías atípicas (Enfermedad del Legionario), Fiebre de Pontiac e infecciones extrapulmonares. Su rol patógeno fue reconocido tras un brote en la 58ª convención de la Legión Americana (1976, Filadelfia), donde se identificó como agente etiológico a L. pneumophila. Esta bacteria coloniza ambientes acuáticos y puede transmitirse por aerosoles contaminados. El serogrupo 1 de L. pneumophila es el más frecuentemente implicado en casos humanos (65 - 90%). Se presentan 2 casos de neumonías por este agente con necesidad de ECMO V-V Caso 1: Hombre de 31 años con hepatopatía alcohólica Child A. Consultó por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por fiebre, disnea progresiva, tos y coluria. Ingresó en malas condiciones generales, hipoxémico y con signos de hipoperfusión. Panel viral y PCR COVID negativos. AngioTAC con alveolitis difusa en patrón “crazy paving” y con mayor condensación en lóbulo superior izquierdo. Ante mala mecánica respiratoria y fracaso con CNAF se decidió manejo avanzado de VA y conexión a VMI. Dada hipoxemia se decidió inicio de prono y BNM. Se realizó LBA detectando L. pneumophila en FilmArray®, ajustando terapia a Azitromicina EV. Al quinto día con deterioro del intercambio, se canula a ECMO V-V. TAC de control con cavitación pulmonar, se aisló Klebsiella pneumoniae BLEE iniciando tratamiento con Imipenem con buena respuesta. Tras mejoría de intercambio se decanula de ECMO al 8° día de inició de soporte y se extuba posteriormente al día 20 de inicio de VMI. Fue dado de alta sin requerimientos de oxígeno al 30° día desde su ingreso.

CASO 2:

Hombre de 63 años, diabético insulino-dependiente. Consultó por cuadro de 7 días de mialgias, tos sin expectoración y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. A su ingreso febril, taquipneico y saturando 88% con aportes de O2 15 L/min mediante MAF. TAC de ingreso evidencia hepatización de hemitórax derecho y opacidades peribronquiales contralaterales. Por mala mecánica ventilatoria se decidió conexión a VMI. Dada hipoxemia refractaria junto a nula respuesta a BNM y prono se decidió conexión a ECMO V-V al 2° día de estadía. LBA confirmó L. pneumophila, con evolución clínica favorable logrando decanulación al día 13 de conexión. Requirió traqueostomía percutánea por destete prolongado, con estadía prolongada dada de necesidades de rehabilitación por miopatía. Fue dado de alta decanulado de TQT y sin requerimientos de oxígeno al día 92 desde su ingreso.

DISCUSIÓN:

La detección mediante panel molecular permite un diagnóstico rápido y dirigido. El uso de ECMO fue determinante en el soporte vital de estos pacientes. Se enfatiza la importancia de considerar Legionella ante neumonías graves, hiponatremia, falla multiorgánica o mala respuesta a betalactámicos.