

► BLOQUE 2: PATOLOGÍA INFECCIOSA Y AGUDIZACIONES

Capítulo 10:

Otras enfermedades virales diferentes al COVID-19

Autores

Ana Fulgencio Delgado	FEA Neumología. Hospital Infanta Elena (Huelva).
Adriano Asuero Llanes	FEA Neumología. Hospital Infanta Elena (Huelva).
Javier Ignacio Toral Marín	UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Definición

Vamos a centrarnos en la gripe (virus influenza) y el virus respiratorio sincitial (VRS), por su mayor relevancia como infecciones virales respiratorias en la comunidad. La gripe puede manifestarse de forma epidémica (lo más frecuente), esporádica o pandémica. El VRS suele asociarse a patología leve, pero puede causar enfermedades graves en población adulta, especialmente en personas mayores de 65 años, inmunocomprometidos y con enfermedades respiratorias crónicas. El contagio se produce por partículas de inoculación de membranas mucosas nasofaríngeas tras el contacto con secreciones o fómites (contacto directo) o a través de la aspiración de aerosoles ("gotas respiratorias").

Diagnóstico

Es clínico, con mínimas diferencias en su forma de presentación (**Tabla 1**)¹. Además, se debe solicitar PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de virus respiratorios a los pacientes que precisen ingreso, inmunocomprometidos y aquellos con comorbilidades que supongan un alto riesgo de complicaciones.

La presentación clínica más frecuente es de bronquiolitis viral, con ausencia o tenues manifestaciones en la radiología de tórax. En casos graves se manifiesta como disociación clínica-radiológica (hipoxemia grave con radiografía normal). La neumonía gripal primaria aparece como progresión de la disociación clínica-

radiológica tras más de 3-5 días de síntomas y signos persistentes, a los que se añaden disnea, insuficiencia respiratoria e infiltrados alveolares bilaterales (**Tabla 2**)².

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre VRS y virus influenza.

	VRS	Influenza
Edad	<5 años y >65 años, pico en >90 años	>65 años
Época estacional	Octubre → Noviembre y Enero → Febrero	Noviembre → Marzo/abril
Incubación	4-6 días	1-4 días
Patologías concomitantes	EPOC, asma e IC	
Clínica	Inicio: Rinitis, faringitis Después: Tos, sibilancias	Fiebre alta, tos, cefalea, mialgias

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; VRS: virus respiratorio sincitial. Tabla adaptada de Barr, A. F. E., & Graham, B. S. (2023). Respiratory syncytial virus infection: Clinical features and diagnosis. Disponible en: UpToDate, Edwards M (Ed). Actualizado en mayo de 2023.

Tabla 2. Patrones radiológicos de las infecciones víricas no COVID-19.

	Bronquiolitis	Neumonitis	SDRA
Epidemiología	>75 años	Inmunodeprimidos Ancianos Progresión de bronquiolitis	Crisis de broncoespasmo grave refractario a tratamiento médico
Rx de tórax	Normal	Patrón intersticial (reticular o reticulonodulillar)	Hiperinsuflación con patrón mixto intersticio-alveolar (opacidades nodulares difusas, bilaterales y simétricas)
Progresión	Neumonitis	Neumonía consolidativa + broncograma aéreo	

COVID-19: enfermedad por el coronavirus de 2019; Rx: rayos X; SDRA: síndrome de distrés respiratorio agudo. Tabla adaptada de: Koo H, Lim S, Choe J, *et al.* Radiographic and CT Features of Viral Pneumonia. Radiographics. 2018; 38(3):719- 739.

Tratamiento

Es fundamentalmente sintomático. El oseltamivir se reserva para pacientes con gripe con criterios de ingreso hospitalario o como tratamiento ambulatorio en población de riesgo con patologías concomitantes de gravedad con síntomas de menos de 48 horas³. La posología para adolescentes y adultos de más de 40 kg según ajuste a función renal es:

- >60 ml/min: 75 mg/12 h.
- 10-60 ml/min: 30 mg/12 h.
- <10 ml/min: No recomendado.
- Hemodiálisis: 30 mg tras cada sesión.
- Diálisis peritoneal: 30 mg en dosis única.

No se ha demostrado beneficio cuando se administra a partir de 48 horas desde el inicio de síntomas⁴.

En pacientes con VRS con enfermedad grave o inmunodeprimidos se ha usado la ribavirina nebulizada, aunque la oral ha demostrado ser tan eficaz como el aerosol⁵. Debe usarse con cautela en pacientes con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) debido a que se ha relacionado con broncoconstricción⁶.

Para valorar tratamiento con antibiótico, debemos realizar una tinción Gram, cultivo de esputo y/o antigenuria en orina. Se recomienda su empleo en⁷:

- Insuficiencia respiratoria grave (presión parcial de oxígeno [PaO₂] <60, frecuencia respiratoria [FR] >30 o necesidad de soporte ventilatorio) o inestabilidad hemodinámica (tensión arterial sistólica [TAS] <100 y diastólica [TAD] <50).
- Ausencia de mejoría clínica tras 5 días de tratamiento antiviral.
- Empeoramiento con fiebre >38°C a los 3 días después de la mejoría de los síntomas víricos iniciales.

No se recomienda el uso de corticoides sin patología respiratoria de base puesto que se asocia a un incremento del riesgo de mortalidad⁵.

Resumen



RECORDAR QUE

- La ecografía torácica, como alternativa a realización de tomografía computarizada torácica, puede ser útil para poner de manifiesto la afectación intersticio-alveolar de una bronquiolitis (líneas B) o para descartar complicaciones asociadas (neumonía o derrame pleural).
- El uso de corticoides solo está recomendado para las indicaciones habituales de comorbilidades respiratorias crónicas (p.e. EPOC, asma).
- El uso de antibioterapia empírica se reserva para pacientes con evolución clínica desfavorable o sospecha de coinfección. La azitromicina no ha demostrado ser superior a placebo en términos de mejoría clínica en pacientes con infección viral del tracto respiratorio inferior.
- Oseltamivir se indica para pacientes con criterios de ingreso o pacientes ambulatorios con factores de riesgo para progresión neumónica si presentan menos de 48 horas de síntomas.



QUÉ NO HACER

- Utilizar antibióticos, aunque haya tos con expectoración, si no se cumplen los criterios expuestos anteriormente.
- Utilizar oseltamivir tras más de 48 horas de síntomas, aunque haya factores de riesgo.
- Utilizar corticoides sistémicos si no hay exacerbación de una enfermedad respiratoria crónica como asma o EPOC.

1. Barr AFE, Graham BS. Respiratory syncytial virus infection: Clinical features and diagnosis. [Internet]. UpToDate: Edwards M (Ed); 2023 [Actualized in May, 2023]. Disponible en <https://www.uptodate.com>.
2. Koo H, Lim S, Choe J, et al. Radiographic and CT Features of Viral Pneumonia. *Radiographics*. 2018; 38(3):719-739.
3. Fry AM, Goswami D, Nahar K, et al. Efficacy of oseltamivir treatment started within 5 days of symptom onset to reduce influenza illness duration and virus shedding in an urban setting in Bangladesh: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2014; 14(2):109-118.
4. Butler CC, van der Velden AW, Bongard E, et al. Oseltamivir plus usual care versus usual care for influenza-like illness in primary care: an open-label, pragmatic, randomised controlled trial. *Lancet*. 2020; 395(10217):42-52.
5. Pastores SM, Annane D, Rochwerg B; Corticosteroid Guideline Task Force of SCCM and ESICM. Guidelines for the diagnosis and management of critical illness-related corticosteroid insufficiency (CIRCI) in critically ill patients (Part II): Society of Critical Care Medicine (SCCM) and European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2017. *Intensive Care Med*. 2018; 44(4):474-477.
6. Mensa J, Soriano A, López-Suñe E, Llinare, et al. Antimicrobianos. Descripción de agentes específicos en orden alfabético. En: Escofet Zamora S.L. editores. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2023, 33ª ed. Barcelona: Antares; 2023. p. 262-264.
7. Pueyo Bastida A, Lázaro Asegurado L, Peña Miguel T. COVID-19, gripe y otras viriasis respiratorias [Internet]. Manual de neumología y cirugía torácica. 4ª edición. SEPAR: Jimenez-Ruiz CA, Peces-Barba G, Moreno Salsalobre R, Plaza Moral V, editores [Internet]. [Consultado en Diciembre 2023]. Disponible en: https://separ.wademi.com/neumo/contenido.php?id_se=21&id_ca=179#.