

Paciente: A.D.

Edad: 35 años

Internación: 23/6/18 al 30/7/18

ANTECEDENTES:

-LES con discontinuación de tratamiento

-Enfermedad renal crónica

-Insuficiencia mitral severa

Motivo de consulta:

Dolor torácico opresivo de intensidad 10/10 asociado a disnea CF IV, tos con expectoración y fiebre de tres días de evolución

Evolución

Paciente ingresa a guardia externa hemodinámicamente estable, afebril. Se realiza ECG, curva enzimática negativa y laboratorio que evidencia anemia (Hto: 23%, Hb: 7g/dl), alteración de la función renal (urea: 40 mg/dl, creatinina : 1.40 mg/dl) y alteración de coagulograma (TP: 97 %, KPTT: 80 seg, RIN: 1.04). Se solicita TAC de tórax que evidencia consolidación con broncograma aéreo en LID y ecocardiograma que informa derrame pericárdico moderado- severo. Se interpreta neumonía y se indica tratamiento con piperacilina-tazobactam. Evoluciona con hipotensión, oligoanuria y progresión de la disnea. Se realiza nuevo ecocardiograma que agrega afectación de las cavidades derechas. Se interpreta taponamiento cardíaco y se realiza pericardiocentesis de 500 ml con líquido compatible con exudado (líquido serohemático. Glucosa: 88 mg/dl, proteínas: 75.6 g/l, albúmina: 24.9 g/l, LDH 1418 UI/l, amilasa: 89 UI/l, células: 2440 (71%PMN), bilirrubina: 2 mg/dl, pH: 7.24) , con mejoría de clínica. Pasa a clínica médica

En clínica se interpreta reactivación de enfermedad de base por lo que inicia deltisona y hidroxiclороquina. Completa tratamiento antibiótico. Se realizan ecocardiogramas control que evidencian disfunción sistólica leve (Fey: 50%), insuficiencia mitral severa con derrame pericárdico leve. Requiere transfusiones de glóbulos rojos y presenta múltiples episodios de dolor precordial de distintas características (a veces opresivo irradiado a zona dorsal; otras, urente que reproducen a la digitopresión que ceden con AINES en ocasiones y en otras requieren opiáceos), episodios de disnea con desaturación y cianosis y dolor abdominal generalizado. Además presenta registros febriles aislados. Se realiza centellograma V/Q negativo para TEP y ecografía abdominal con líquido libre con criterios de trasudado (glucosa: 143 mg/dl, proteínas: 38 g/l, albúmina: 14.7 g/l, amilasa: 57 UI/l, recuento: 65 (100%MN)

Evoluciona el 8/7 con nuevo episodio de disnea, desaturación y oligoanuria (TA:150/100, FC:150, saturación: 92%) con ingurgitación yugular 3/3 e hipoventilación en campo inferior izquierdo. Pasa

a UCO donde se realiza ECG con taquicardia auricular con reversión a ritmo sinusal tras la administración de adenosina. Permanece intubada por 24 hrs Se realiza TAC con protocolo para TEP negativa que evidencia consolidación con broncograma aéreo en LII y ecocardiograma con vena cava dilatada sin colapso. Se interpreta sepsis a foco respiratorio e ICC descompensada. Se inicia imipenem-vancomicina y se realiza balance negativo. Retorna a clínica el 11/7 donde intercorre nuevamente con disnea con requerimiento de VNI en UTI por 1 hora y luego balance negativo en UCO.

El 11/7 retorna a clínica. Se reciben anticuerpos IgM anticardiolipina: 163, IgG anti B2 glicoproteína: <10, IgM anti B2 glicoproteína: 203. Por alta sospecha de trombosis asociado a SAF inicia anticoagulación con enoxaparina. Se planea biopsia renal por alteración de la función renal con proteinuria de: 0.48g. Se inicia azatioprina.

Evoluciona con nuevos registros febriles por lo cual se realiza nueva TAC de tórax con imagen consolidativa en llingula y patrón de árbol en brote en parénquima pulmonar izquierdo con hemocultivos negativos. Se inicia meropenem y se suspende azatioprina. Se recibe urocultivo positivo para KPC y se rota tratamiento a meropenem-colistin y tigeciclina.

Presenta nuevos episodios de dolor precordial asociados a disnea de similares características a los previos. EL 24/7 presenta episodio de disnea súbita con mala mecánica ventilatoria e hipotensión con progresión de la falla renal y acidosis metabólica con hiperkalemia severa (U: 239 mg/dl, Cr:2.67 mg/dl, pH: 7.09, PCO2: 29 mmHg, HCO3: 7 mmol/l., EB: -22 mmol/l, Na: 133 mmol/l, K: 7 mmol/l, C: 104 mmol/l, láctico: 90). Pasa a UCO con requerimiento de inotrópicos por 24 hs e intubación por 72 hs y hemofiltración. Presenta episodio de melena con VEDA que informa gastropatía erosiva. Se suspende anticoagulación. Por actividad de enfermedad y contexto infeccioso, se decide en conjunto con reumatología iniciar plasmaféresis.

Presenta nuevos registros febriles por lo que se aumenta cobertura antibiótica empírica con fosfomicina. Se realiza BAL sin rescates. El 30/7 pasa a UTI donde se realiza plasmaféresis. Intercorre con taquicardia supraventricular. Se realiza cardioversión eléctrica e intubación. Presenta paro cardiorrespiratorio. Se realizan maniobras de resucitación sin éxito y se constata óbito.