



SESIÓN CLINICOPATOLOGICA A-09-53

Miércoles 22 de julio de 2015

COORDINADOR: DR. GUSTAVO VARELA FASCINETTO

DISCUSOR: DR. VÍCTOR M. BARAJAS VALENCIA, RV NEFROLOGÍA PED.

PATÓLOGO: DR. GUILLERMO RAMÓN GARCÍA

RADIÓLOGO: DRA. PILAR DIES SUÁREZ

RESUMEN: DRA. KAREN ADILENE CAMARGO SÁNCHEZ

NOMBRE: T. L. L.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 22 AÑOS, 9 MESES

PROCEDENCIA: AXOCHIAPAN, MORELOS

F. NAC.: 10 DICIEMBRE 1986

F. INGRESO (CIRUGÍA): 28 SEPTIEMBRE 2009

F. EGRESO: 25 OCTUBRE 2009

MOTIVO DE CONSULTA. Fiebre, odinofagia, tos y rinorrea.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. Madre de 56 años, originaria de Puebla, ama de casa, católica, casada, sana. Padre de 54 años, originario de Morelos, campesino, católico, sano. Cinco hermanas de 28, 27, 25, 20 y 15 años, sanas. Abuela paterna con hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS. Habitan casa propia, con luz eléctrica, agua potable y fosa séptica, con hacinamiento. **ALIMENTACIÓN.** Dieta para diabético de 2,100 kcal. **DESARROLLO PSICOMOTOR.** Adecuado para la edad. **INMUNIZACIONES.** Esquema completo.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS. Producto G IV, control prenatal irregular. Nació por parto hospitalario, pesó 3,050 g, sin recordar talla ni Apgar; sin complicaciones. Alergia a Penicilina y Metamizol, multitransfundida, varicela a los 6 años. Hipoacusia desde el nacimiento con uso de aparato auxiliar auditivo. A los 7 meses de edad se hospitalizó y se transfundió por síndrome anémico e ictericia. Continuó con ictericia multitratada por facultativos, hasta que se refirió a Hospital de III nivel.

ABRIL 99-ABRIL 02. Se diagnosticó y manejó en Hospital de III nivel como microesferocitosis hereditaria, desarrollando hipertensión portal, hiperesplenismo e insuficiencia hepática. **16 OCTUBRE 2000.** Se realizó esplenectomía, mala evolución postquirúrgica. **MARZO 2001.** Por STDA y choque hipovolémico efectuaron endoscopia, encontrando várices esofágicas grado III, várices fúndicas y duodenales y gastropatía hipertensiva. **BIOPSIA HEPÁTICA:** fibrosis portal, inflamación portal leve, regeneración hepatocelular y colestasis, por lo que se refirió a este Instituto Nacional de Salud.

13 MAYO 02. Acudió por primera vez a este Instituto. Completó protocolo de trasplante hepático y se listó en el CENATRA. VGE IV con hematoquistes, várices fúndicas, se esclerosaron cuatro paquetes. **REVISIÓN LAMINILLAS:** material insuficiente. **IgG 1,710 (nl 639-1349).** **ANA 1:80.** **AML 1:160.** **AMA neg.** **Cu Sérico 329 (80-155 µcg/dL).** Continuó con sesiones de escleroterapia.

29 OCTUBRE 02. Ingresó por STDA (cuarto episodio). Se colocó sonda de balones. VGE IV con hematoquistes, tres várices fúndicas. Esclerosando nuevamente cuatro cordones. **HEMATOLOGÍA.** Descartó microesferocitosis con prueba de fragilidad corpuscular normal.

31 ENERO 03. Ingresó por STDA (quinto episodio) y choque hipovolémico. Desarrolló insuficiencia renal aguda con Creatinina 2.2 mg/dL. Quinta sesión de escleroterapia.

8 FEBRERO-17 MARZO 03. Ingresó por STDA masivo (sexto episodio), hematemesis de más de un litro, choque hipovolémico, fiebre y dolor abdominal de tres días. Se colocó sonda de balones. **ENDOSCOPIA.** VGE IV múltiples cordones; así como, úlceras secundarias a escleroterapias previas, várices fúndicas y gastropatía hipertensiva tipo 3. Se esclerosó de nuevo (sexta sesión). IVU confirmada con urocultivo por E. Coli sensible y tratada con cefotaxima. Se suspendió un posible trasplante hepático por biopsia del donador inadecuada. Nuevo STDA (séptimo episodio) con choque hipovolémico que requirió de sonda de balones y octreotide en infusión, creatinina de 2.3 mg/dL, continuó con STDA intermitente, cursó con encefalopatía y coagulopatía. **18 FEBRERO 03. TRASPLANTES.** Realizó trasplante hepático de donador cadavérico tipo Piggy-Back, colédoco-coledocostomía, ABO compatible (Donador O+, Receptor B+), serología CMV D+/R-. Se encontró hígado verdoso con superficie granulosa, de consistencia dura, abundante red venosa colateral y líquido de ascitis, arteria hepática accesoria derecha. Durante su evolución postrasplante cursó con infección de vías urinarias por *Cándida glabrata* que se manejó con anfotericina B y reactivación de Herpes Zoster costal izquierdo que se manejó con Aciclovir (Tzanck +). Durante ese internamiento llegó a tener creatinina de 3.8

mg/dL. Se egresó postrasplante con PFH normales y creatinina 2.3 mg/dL. **MANEJO:** Tacrolimus, prednisona, aciclovir, amlodipina, nistatina, aspirina, hidróxido de aluminio y magnesio, trimetoprim sulfametoxazol.

10 MARZO-17 ABRIL. TRASPLANTES. Acudió a toma de productos donde presentó hematemesis leve, sin repercusión hemodinámica. **ENDOSCOPIA.** Esófago calibre y distensibilidad normal, mucosa pálida, úlceras necróticas profundas longitudinales en tercio inferior, secundarias a escleroterapia o a la sonda de balones, no se observaron várices fúndicas. Se suspendió AAS y se agrega Omeprazol y sucralfato. Tiene incremento súbito de transaminasas y DHL con descenso del Hto de 23 a 17% sin sangrado importante, por lo que se sospechó reacción injerto vs huésped. **COOMBS DIRECTO** positivo. Anticuerpos irregulares no ABO y anti-B 1:16. **ANTIGENEMIA CMV** una célula. Por fiebre y leucocitosis de 33 mil se inició cefotaxima-clindamicina. Por transaminasemia se indicó pulso de metilprednisolona y posteriormente desarrolló hiperglucemia persistente que se manejó con Insulina por endocrinología. **BIOPSIA HEPÁTICA:** Rechazo tratado con mínima inflamación, cambios citopáticos con apoptosis e inclusiones intranucleares de bordes irregulares eosinófilas, compatibles con infección por adenovirus. Por fiebre y persistencia de colestasis, US normales pero TAC con dilatación de la vía biliar, se realizó gamagrama con buena eliminación a intestino. **CPRE:** lesiones en tercio inferior de esófago, úlceras antiguas con fondo blanquecino, sin várices, en duodeno úlcera profunda necrótica de 20 mm en cara anterolateral con detritus y material necrótico. Se canuló ámpula observando estenosis en colédoco supraduodenal con dilatación supraestenótica. **4 ABRIL 03. TRASPLANTES.** Laparotomía y endoscopia transoperatoria: la úlcera duodenal necrótica obstruía al colédoco intramural y existía gran dilatación del colédoco por arriba del duodeno (úlcera duodenal perforada hacia la vía biliar, sellada). Se realizó Y de Roux y se cerró cabo distal del colédoco. **CULTIVO LÍQUIDO VÍA BILIAR Y ÚLCERA:** *Cándida glabrata*. **INFECTOLOGÍA.** Inició Anfotericina liposomal y cefepime-metronidazol. Buena evolución, egresó con PFH normales y creatinina de 2.0 mg/dL. **MANEJO:** Tacrolimus, Prednisona, Omeprazol, Sucralfato, Amlodipino, trimetoprim sulfametoxazol, Nistatina, Insulina, dieta para diabético y completar ambulatorio Anfotericina B-liposomal a 20 mg/kg.

7-30 MAYO 03. TRASPLANTES. Ingresó por sangrado de tubo digestivo bajo de tres días de evolución, hematoquezia y rectorragia leve, sin afectación de la Hb. Al tacto rectal se palpó mucosa rectal empedrada, friable y sangrante, abdomen blando con dolor en marco cólico, sin hemorroides. **PANENDOSCOPIA:** con esófago y estómago normales, sin várices, úlcera duodenal antigua cicatrizada. **COLONOSCOPIA:** múltiples lesiones ulceradas y otras vesiculosas con edema de mucosa, eritema en la base y centro amarillento, muy abundantes en recto-sigmoides; pero se apreciaban hasta ascendente, con mucosa normal entre lesiones, áreas blanquecinas y equimóticas en el ciego. Se inició Ganciclovir. **BIOPSIAS SIGMOIDES Y ASCENDENTE:** sin alteraciones de importancia. Se aspiró colección subcapsular hepática detectada por TC, reportó 2 *E. coli* y *Enterococcus sp*, se trató con Cefepime-metronidazol y posteriormente ampicilina y vancomicina-gentamicina por resistencia.

JUNIO 03. CE TRASPLANTES Y ENDOCRINOLOGÍA. Presentó picos febriles aislados. Se ajustó inmunosupresión y se agregó CellCept. PFH normales. Picos febriles intermitentes con leucocitos que varían de 12,000 a 22,000. Amoxiciliana-ácido clavulánico ambulatorio.

7-11 JULIO 03. TRASPLANTES. Ingresó por fiebre con PFH y BH normales, creatinina 1.6 mg/dL. Se mantuvo asintomática. **TC ABDOMEN:** imágenes hipodensas en hígado y riñones. **PCR PARA CMV Y EBV** negativas. Se manejó sin antibióticos.

16-18 JULIO 03. TRASPLANTES. Ingresó por fiebre, odinofagia, piloerección y diaforesis, con PFH y BH normales, creatinina 2.1 mg/dL. Manejo empírico con Ciprofloxacina y Fluconazol por una probable colangitis crónica.

JULIO-NOVIEMBRE 03. CE TRASPLANTES Y ENDOCRINOLOGÍA. Afebril después del inicio de Ciproflxacina-Fluconazol, se ajustó dosis de CellCept por malestar gastrointestinal y Tacrolimus por niveles. Fluctuación leve de transaminasas. Reinició con picos febriles intermitentes semanales. **GAMMAGRAMA EXCRECIÓN HEPÁTICA:** discreta retención en vía biliar intrahepática. Mantuvo PFH normales, sólo FA elevada y BH con eosinofilia 7-18%. Rotación de antibióticos y ácido ursodeoxicólico. Se disminuyó y retiró esteroide, buen control diabético, creatinina 1.6 mg/dL. **TC ABDOMEN:** lesiones hipodensas hepáticas, engrosamiento de pared intestinal. Se ajustó inmunosupresión

25 FEBRERO-3 MARZO 04. Ingresó por elevación persistente de FA, eosinofilia y transaminasemia leve. Se realizó arteriografía hepática, colangiografía percutánea y biopsia hepática. Se encontró arteria hepática amplia y permeable, vía biliar intrahepática arrosariada, dilataciones segmentarias, permeabilidad completa de hepatoyeyunoanastomosis, sugestivo de rechazo crónico. **BIOPSIA HEPÁTICA:** infiltrado linfomonocitario de

moderado a severo, daño de los conductos biliares y endotelialitis, sugestivos de rechazo moderado. Se manejó con metilprednisolona, incrementando los requerimientos de insulina.

MARZO-DICIEMBRE 04. CE TRASPLANTES. Descontrol diabético, fiebre intermitente, datos de colangitis, manejado con Ciprofloxacino VO. Se disminuyó Tacrolimus y Prednisona hasta suspenderla, se cambió CellCept por Myfortic. Rotación de antibióticos por colangitis. PFH normales. **BT** 0.8 mg/dL. **FA** 1,387 U. **GGT** 74 U. **Creatinina** 1.9 mg/dL. **CE ENDOCRINOLOGÍA.** Control diabético con menos insulina, sin desarrollo mamario, hipoplasia uterina y ovarios prepuberales por US, sin menarca, LH elevada, compatible con un hipogonadismo hipergonadotrópico. **CE ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN.** Claudicación a la marcha y dolor en muslo izquierdo, acortamiento de MPI de 12 mm, defectos posturales, indicó zapato especial.

17 FEBRERO 05. CE TRASPLANTES. Episodios de TA bajas, mareos, náuseas y dolor abdominal. Creatinina 3.8 mg/dL. Resto de QS y PFH normales. **NIVEL DE TACROLIMUS** 12 ng/dL (previos 3.4-8.1). Se disminuyó Tacrolimus y CellCept.

13 MARZO-8 ABRIL 05. TRASPLANTES/NEFROLOGÍA/ENDOCRINOLOGÍA. Ingresó por dolor abdominal, parestesias, hipotensión, deterioro súbito de la función renal (Creatinina 7.2 mg/dL), acidosis metabólica (pH 7.22, bicarbonato 7.5), anemia (Hto 22, reticulocitos 4.4), leucocitosis (13) con bandemia (10%), hipocalcemia (5.8). **NIVEL DE TACROLIMUS** 5.1 ng/dL. Se confirmó IVU por bacilo gram negativo no fermentador y se inicia Cefepime. Descontrol diabético y episodios recurrentes de tetania. **ELECTROMIOGRAFÍA:** neuroconducción motora y sensitiva normal. Hipocalcemia con fósforo normal, probablemente secundario a falla renal. Se inició Calcitriol y carbonato de calcio.

ABRIL-DICIEMBRE 05. CE TRASPLANTES/NEFROLOGÍA/ENDOCRINOLOGÍA. PFH normales con mínima inmunosupresión (tacrolimus 0.5 mg c/12 h, MMF 750 mg/12 h), la función renal mejoró con manejo médico hasta Creatinina 2.5 mg/dL, se suspendió insulina por buen control metabólico. PTH 321. **GAMMAGRAMA RENAL TEGNECIO 99:** velocidad de filtración glomerular severamente disminuida por afección renal bilateral. **TFG** 34.9. **USG RENAL:** riñones pequeños. Se inició protocolo de estudio para Trasplante Renal de Donador Vivo. Requirió ajustes de inmunosupresión por elevación de transaminasas, parasitosis y GEPI.

20 JULIO- 3 AGOSTO 06. TRASPLANTES. Ingresó por dolor abdominal y diarrea e infección por CMV. **ANTIGENEMIA CMV:** 15 células positivas/200,000 células. Se manejó con ganciclovir.

1-16 FEBRERO 07. TRASPLANTES. Ingresó por nueva antigenemia CMV 25 células positivas/200,000 células. Recibió Ganciclovir y egresó con Valganciclovir.

27 FEBRERO-18 ABRIL 07. Ingresó por dolor abdominal, epigástrico y retroesternal. **PANENDOSCOPIA:** esofagitis aguda ulcerada y duodenitis. **BIOPSIAS ESÓFAGO Y DUODENO:** cambios citopáticos compatibles con infección por virus del grupo herpes. Se disminuyó de nuevo inmunosupresión. **TAC ABDOMEN:** esófago con paredes engrosadas, calcificaciones en la cabeza y cola del páncreas. Amilasa y lipasa elevadas. Se manejó como pancreatitis crónica, se colocó Mahurkar e inició hemodiálisis. Por sinusitis se cubrió con antibióticos que se progresaron hasta cefepime y vancomicina. Reinició insulina. Tras el inicio de hemodiálisis comenzó con STDA. Posteriormente desarrolló nueva antigenemia CMV positiva en 67 células, se inició ganciclovir y se redujo mas la inmunosupresión (Tacrolimus 0.25 mg/12 h, CellCept 250 mg/12 h)

16-18 MAYO 07. TRASPLANTES. Colocó nuevo Mahurkar por disfunción del previo y fiebre. Continuó en hemodiálisis, se descartó al papá como donador y se estudió a la hermana.

22 JULIO-1 AGOSTO 07. TRASPLANTES. Se realizó trasplante renal de donador vivo relacionado (hermana) sin complicaciones. Requirió de dobutamina por varios días. Se egresó con Tacrolimus 0.5 mg/12 h, CellCept 250-500 mg, descenso de prednisona, insulina, Valganciclovir y Creatinina de 0.6 mg/dL

8-21 AGOSTO 07. TRASPLANTES. Ingresó por antigenemia para CMV +14/200,000 células para manejo con Ganciclovir IV y se disminuyó Tacrolimus a 0.5-0.25 mg. **NIVELES DE TACROLIMUS** 1.8 ng/dL, PFH y QS normales. Se ajustó insulina.

SEPTIEMBRE 07. CE TRASPLANTES Y NEFROLOGÍA. Se incrementó inmunosupresión por niveles indetectables de Tacrolimus, elevación de Creatinina a 1 mg/dL y transaminasas (Tacro 0.5-0.5 mg, CellCept 500-500 mg). Se reportó viruria para virus BK en 9.8 x E9. **ANTIGENEMIA PARA CMV** negativa. **PCR-EBV** 420 copias/mL.

24 SEPTIEMBRE-1 OCTUBRE 07. NEFROLOGIA Y TRASPLANTES. Ingresó por creatinina 1.3 mg/dL, para biopsia renal inicialmente compatible con rechazo. Se administró bolo de metilprednisolona que se suspendió por

encontrar abundantes células plasmáticas y células CD20 positivas, en la revisión de la biopsia renal. Se mantuvo con inmunosupresión mínima. Creatinina bajó a 0.5 mg/dL.

OCTUBRE 07-SEPTIEMBRE 09. CE TRASPLANTES/NEFROLOGÍA/ENDOCRINOLOGÍA. Se manejó con Ciprofloxacina como pielonefritis bacteriana, aunque el reporte final de la biopsia renal fue una nefritis túbulointersticial aguda, sin rechazo, BK ni linfoproliferativo). Por aumento en bilirrubinas se incrementó Tacrolimus 1 mg/12 hs. US hepático con dilatación leve conocida de la vía biliar. Se modificó inmunosupresión según función renal, hepática, niveles y PCR virales. Se suspendió esteroide en abril 08 y se mantuvieron niveles de Tacrolimus muy bajos o indetectables, se cambia CellCept por Myfortic. Mantuvo PFR y PFH normales, sólo FA elevada a expensas de fracción ósea (48.2%) con GGT normal. Mal control diabético e hiperparatiroidismo secundario (PTH 228 pg/mL), osteopenia importante, amenorrea secundaria e hipogonadismo hipogonadotrópico bajo manejo por endocrinología. Nivel de Tacrolimus durante el último año 2.6-3.4 ng/mL, PCR para CMV y VEB negativas.

PADECIMIENTO ACTUAL. De seis días de evolución con fiebre de 38.5°C, odinofagia, rinorrea hialina, intermitente, tratada por el padre con amoxicilina-ácido clavulánico e ibuprofeno por 3 días. Por leucocitosis 16.6, bandemia 10% e incremento de bilirrubinas se manejó como probable colangitis con ceftriaxona 1 g IM c/24 horas (4 g totales), con mejoría y desaparición de la fiebre. En forma posterior se agregó tos productiva, en accesos, disneizante, no emetizante, que se incrementó, por lo que acudió a CE de Trasplantes y se ingresó. Dejó de aplicarse la insulina por hipoglucemias.

Tratamiento previo Tacrolimus 0.25 mg/12 h, Myfortic 360/12 h, ácido ursodeoxicólico 250 mg/8 hs, caltrate D 600 1 comprimido c/24 hs, calcitriol, carbonato de calcio, amlodipino 5 mg/día, insulina NPH 9U + 2 U de insulina rápida por la mañana, y 2U por la noche.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	PA	Sat	Llenado Cap.
44.5 kg	144 cm	104/min	32/min	108/70 mmHg	37.8°C	64 cm	95%	2 seg.

Paciente femenina de edad aparente menor a la cronológica, con ictericia leve. Normocéfala, ojos simétricos, pupilas isocóricas, normorrefléxicas, conductos auditivos, membranas timpánicas y narinas normales. Cavidad oral hidratada, faringe hiperémica con descarga posterior. Cuello cilíndrico, sin alteraciones. Campos pulmonares con hipoventilación basal y estertores crepitantes bilaterales. Ruidos cardíacos rítmicos, sin fenómenos agregados. Abdomen blando, depresible. Genitales con fenotipo femenino, Tanner V. Tacto rectal diferido. Extremidades íntegras. Funciones mentales superiores conservadas, retraso en el desarrollo del lenguaje, hipoacusia

LABORATORIO Y GABINETE:

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Plaq	Gluc	BUN	Creat	Na
10.4 g/dL	30.9 %	14,800	40%	13%	39%	8%	263,000	106 mg/dL	11 mg/dL	1.2 mg/dL	140 mEq/L

K	Cl	BD	BI	BT	TGO	TGP	GGT	DHL	Nivel Tacrolimus	Antig-CMV
3.9 mEq/L	103 mEq/L	5.41 mg/dL	0.58 mg/dL	5.99 mg/dL	51 U	95 U	73 U	349 U	1.7 ng/dL	Neg.

RX TÓRAX: infiltrado alodonoso bilateral de predominio bibasal. **INFECTOLOGÍA.** Neumonía adquirida en la comunidad en paciente inmunocomprometido. **MANEJO:** dieta para diabético de 1,800 kcal/día, sin soluciones intravenosas, pendiente insulina, suspendió Tacrolimus, ceftriaxona 2 g IV c/24 hs, dicloxacilina 100 mg/kg/día IV c/6 hs, azitromicina 500 mg VO c/24 hs, omeprazol.

29 SEPTIEMBRE-1 OCTUBRE 09. TRASPLANTES. Fiebre 38.3 °C, polipnea de 28-30/min y estertores finos bilaterales, dolor en epigastrio sin irritación peritoneal, leve distensión (66 cm) y pobre ingesta de alimentos, se indicó ibuprofeno y soluciones 1500/40/60/30/30. Por hiperglucemias hasta 183 mg/dL, se suspendió aporte de glucosa en soluciones de base.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Plaq	Creat	BD	BI	BT
10.4 g/dL	30.4 %	24,200	62%	17%	15%	6%	220,000	1.3 mg/dL	6.19 mg/dL	0.37 mg/dL	6.56 mg/dL

FA	ALT	AST	GGT	Alb	Glob	Prot T	Amilasa	Lipasa	PCR-CMV	PCR-EBV
767 U	261 U	49 U	87 U	1.7 g/dL	4.1 g/dL	5.8 g/dL	34 U	247 U	Neg.	8,840 Copias

TAC TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS: imagen compatible con neumonía de focos múltiples, probable sobreinfección micótica. Ectasia de vía biliar intrahepática, datos de pancreatitis crónica, engrosamiento mural del colon en

toda su extensión. Se inició metronidazol 30 mg/kg/día IV c/6 hs. Se valoró abordaje quirúrgico a nivel pulmonar, en búsqueda de causas infecciosas. **INFECTOLOGÍA:** agregó Metronidazol 30 mg/kg/día.

2 OCTUBRE 09. TA 100/50 mmHg. Llenado Cap 3 seg. Febril, evacuaciones con abundantes coágulos (400 cc), se indicó carga de solución cristaloide a 20 mL/kg, se transfundió concentrado eritrocitario y plasma fresco congelado a 10 mL/kg, vitamina K y se disminuyó sodio en soluciones intravenosas. Se incrementó frecuencia respiratoria, SaO₂ <90%. **INFECTOLOGÍA.** Suspendió ceftriaxona y dicloxacilina, se inició cefepime 150 mg/kg/día IV c/8 hs, amikacina 600 mg/m²SC/día (3 días), caspofungina 70 mg/m²SC/día dosis inicial y de mantenimiento 50 mg/m²SC/día, no considero necesario iniciar Oseltamivir. Se colocó catéter venoso central en yugular interna derecha. Por hipotensión y mayor dificultad respiratoria, requirió intubación e infusión de aminos, pasó a Terapia Intensiva.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Plaq	TP	TTP	INR	Fibrinógeno
8.3 g/dL	25.4%	17,300	61%	4%	31%	2%	196,000	49"	98"	1.08	303.6 mg/dL

Examen Directo Broncoaspirado	BAAR	PCR	pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
Blastoconidias y pseudomicelios	Negativo	7.59 mg/dL	7.39	96.1	30.9	18.5	1.2	-5.5	96.5%

BAAR	Pneumocystis Jirovecci	Inmunofluorescencia Chlamydia	Antigenemia CMV	PCT
Neg. (2)	Negativa	Positivo	Negativa	0.44 ng/mL

3 OCTUBRE 09. Febril, por hipoxemia grave requirió de PEEP 12-14, norepinefrina y transfusión de GRE y PFC. Disminuyó sangrado de tubo digestivo; por hiperglucemias se inició esquema de insulina.

Gluc	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P	Mg
124 mg/dL	14 mg/dL	1.3 mg/dL	143 mEq/L	2.6 mEq/L	102 mEq/L	7.9 mg/dL	1.9 mg/dL	2.12 mg/dL

4 OCTUBRE 09. Hipotermia. **TA Media 50 mmHg,** oliguria. Se administró albúmina y se incremento dosis de aminos. Presentó evacuaciones melénicas y hematoquécicas; se transfundió GRE y concentrado plaquetario, se incrementó K a 40-60 mEq/m²SC/día.

TP	TTP	INR	Gluc	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P	Mg
15.2"	29.8"	1.19	147 mg/dL	14 mg/dL	1.1 mg/dL	139 mEq/L	2.4 mEq/L	103 mEq/L	7.9 mg/dL	0.5 mg/dL	2.1 mg/dL

5 OCTUBRE 09. Grave, dependía de norepinefrina y dobutamina para mantener TA, PEEP de 12 para mantener oxemias 70-80 mmHg. Dejó de sangrar de tubo digestivo y mejoró la coagulopatía, afebril. Se transfundió concentrado eritrocitario. Por riesgo epidemiológico se inició Oseltamivir.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Linf	Mon	Plaq	BAAR
10.2 g/dL	27.6 %	26,700	50 %	40%	8%	114,000	Negativo

6-7 OCTUBRE 09. Mala evolución, mayor deterioro ventilatorio, oxemias bajas 50 mmHg, PEEP 8. Se incrementaron aminos por caída de tensión arterial y llenado capilar de 4 seg. Campos pulmonares mejor ventilados, periodos de broncoespasmo con desaturación hasta 80% que mejoró con broncodilatador. **RX TÓRAX:** más opacidades. Inició meropenem 100 mg/kg/día IV c/8 hs, se suspendió cefepima, claritromicina y metronidazol.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Eos	Plaq	Prot C React	PCT
9.8 g/dL	26.9%	28,000	58%	9%	14%	13%	1%	138,000	9.54 mg/mL	0.47 ng/mL

pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂	PCR Influenza A H ₁ N ₁	Inmunofluorescencia Chlamydia
7.38	50.3	31.2	18.0	1.3	-6.1	85.8 %	Negativa	Negativa

8 OCTUBRE 09. Fiebre de 38.6°C, taquicardia y taquipnea; se agregó Vancomicina.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Eos	Plaq	pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
9.6 g/dL	26.8%	34,700	50%	4%	20%	24%	2%	172,000	7.45	59.9	27.4	19	2.0	-4.3	92.8 %

9 OCTUBRE 09. TAC TÓRAX: proceso neumónico bilateral de focos múltiples, patrón intersticial y adenopatías supraclaviculares.

10-11 OCTUBRE 09. Afebril, toleró disminución de parámetros de ventilador y aminos, mejoró patrón radiográfico. Presentó evacuaciones melénicas. Glucemias >200 mg/dL. Se indicó NPH 7 U c/12 hs. Completó tratamiento con Oseltamivir y suspendió Amikacina. Reinició Tacrolimus 0.25 mg/dL por transaminasemia leve.

pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
7.44	62.8	32.4	21.6	3.6	-1.9	94.3%

12-14 OCTUBRE 09. Sin apoyo aminérgico, datos de bajo gasto ni sangrado de tubo digestivo, mismos parámetros de ventilación. Gasto urinario <2 mL/kg/h. Se indicaron bolos de furosemide y se extubó.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Plaq	Hemocultivo Periférico
8.6 g/dL	25.5 %	33,300	85%	1%	6%	5%	207,000	Negativo

15-16 OCTUBRE 09. Reinició vía oral, presentó crisis convulsivas tónico-clónicas. Se encontró somnolienta, con midriasis bilateral, normorreactiva, Glasgow de 15 a 12 puntos. Se intubó. **TAC CRÁNEO:** normal. **NEUROLOGÍA.** Probable hematoma subdural, sin efecto de masa, atribuyó las crisis a hiponatremia, decidió solo vigilancia y no inició anticomiesial. **EEG:** actividad delta de alto voltaje con actividad rápida entremezclada, disfunción moderada. **ELISA GALACTOMANANOS:** negativa. **AGLUTINACIÓN LÁTEX Ag Candida:** positiva.

Na	K	Cl	Ca	P	Mg	Amonio	Examen Directo Broncoaspirado
128 mEq/L	2.7 mEq/L	98 mEq/L	7.4 mg/dL	2.3 mg/dL	1.9 mg/dL	52 µmol/L	Blastoconidias y pseudomicelios

17 OCTUBRE 09. Presentó hipotensión, reinició aminos y diurético; temperatura de 35.3°C durante cuatro horas. Se indicó anfotericina y se retiró Tacrolimus, continuó caspofungina, meropenem y vancomicina.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Eos	Plaq
11.6 g/dL	33.6%	38,800	78%	10%	7%	2%	2%	121,000

18-23 OCTUBRE 09. Disminuyó gasto urinario a 0.6 mL/kg/h, requirió bolos de diurético. Incremento de perímetro abdominal de 4 cm, abdomen globoso, doloroso a la palpación superficial, generalizado, disminución de peristalsis, hipotermia. Se dejó en ayuno. **CULTIVO SECRECIÓN BRONQUIAL:** *Stenotrophomona maltophilia*. Se inició linezolid y trimetoprim/sulfametoxazol 20 mg/kg/día IV c/6 hs, suspendió meropenem y caspofungina. De no mejorar se valoraría biopsia pulmonar. Sangrado por cánula endotraqueal; se transfundió concentrado plaquetario y plasma fresco congelado. TFG 47 mL/m²SC/min. **ECOCARDIOGRAMA:** negativo para endocarditis

Hb	Hto	Leuc	Seg	Linf	Mon	Plaq	Prot C React	PCT	Amilasa	Lipasa
11.2 g/dL	31.9%	41,100	62%	25%	8%	80,000	7 mg/dL	2.99 ng/dL	103 U	237 U

	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P	Mg	Osm
Sangre			127mEq/L	6 mEq/L	94 mEq/L	10.1 mg/dL	2.7 mg/dL	2.5 mg/dL	
Orina	81 mg/dL	7.9 mg/dL	103 mEq/L	16.4 mEq/L	116 mEq/L	8.8 mg/dL	1.0 mg/dL		269.7 mOsm

pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
7.41	71.1	26.8	16.7	3.1	-7.0	94.9%

23 OCTUBRE 09. **TAC:** sinusitis esfenoidal, empeoramiento del proceso neumónico bilateral, múltiples áreas de ocupación alveolar con broncograma aéreo, solo permanecía sano segmento medial del lóbulo medio, discreto derrame pleural bilateral, engrosamiento importante de pared del estómago y colon, injertos hepático y renal normales.

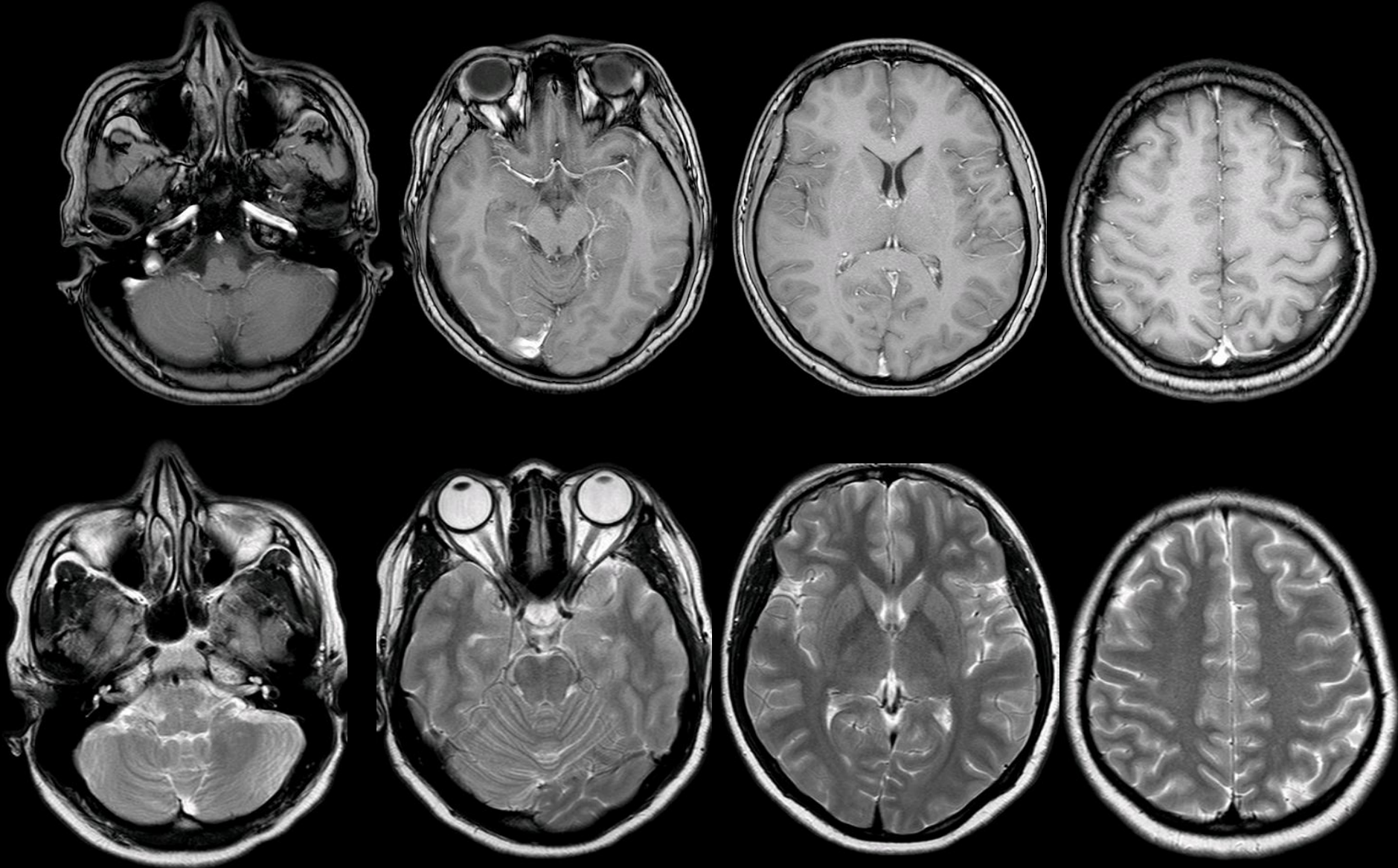
24 OCTUBRE 09. Hipotensión que no respondió a aminos (norepinefrina, adrenalina, dobutamina, milrinona), disminución de gasto urinario, temperatura hasta 34°C. Presentó sangrado por cánula endotraqueal, petequias, equimosis en tórax. Labsticks con sangre +++++. Se transfundieron plaquetas 10 U. Choque refractario y mayor daño pulmonar. Se suspendió Myfortic.

Hb	Hto	Leuc	Seg	Ban	Linf	Mon	Plaq	TP	TTP	INR	BUN	Creat
9.0 g/dL	26.2%	54,700	66%	5%	20%	9%	186,000	29.2"	70.1"	2.26	42 mg/dL	2.2 mg/dL

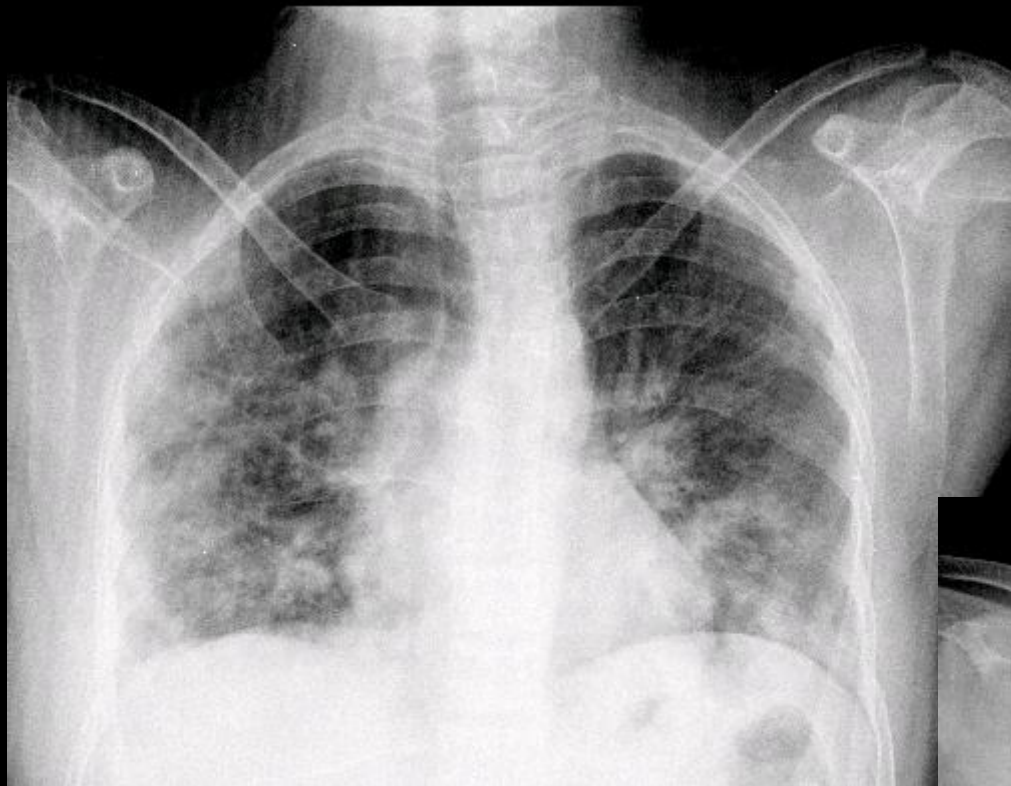
Na	K	Ca	P	Mg	pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
131 mEq/L	7.0 mEq/L	8.6 mg/dL	5.7 mg/dL	3.4 mg/dL	7.30	69.4	26	12.5	6.2	-12.7	88.9%

25 OCTUBRE 09. Deterioro progresivo, hipotensión, datos de hipoperfusión aún con aminos e infusión de hidrocortisona. Presentó paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a maniobras de reanimación.

pH	PaO ₂	PaCO ₂	HCO ₃	Lact	EB	SaO ₂
7.24	69.4	25.9	10.8	5.8	-15.1	90.5%

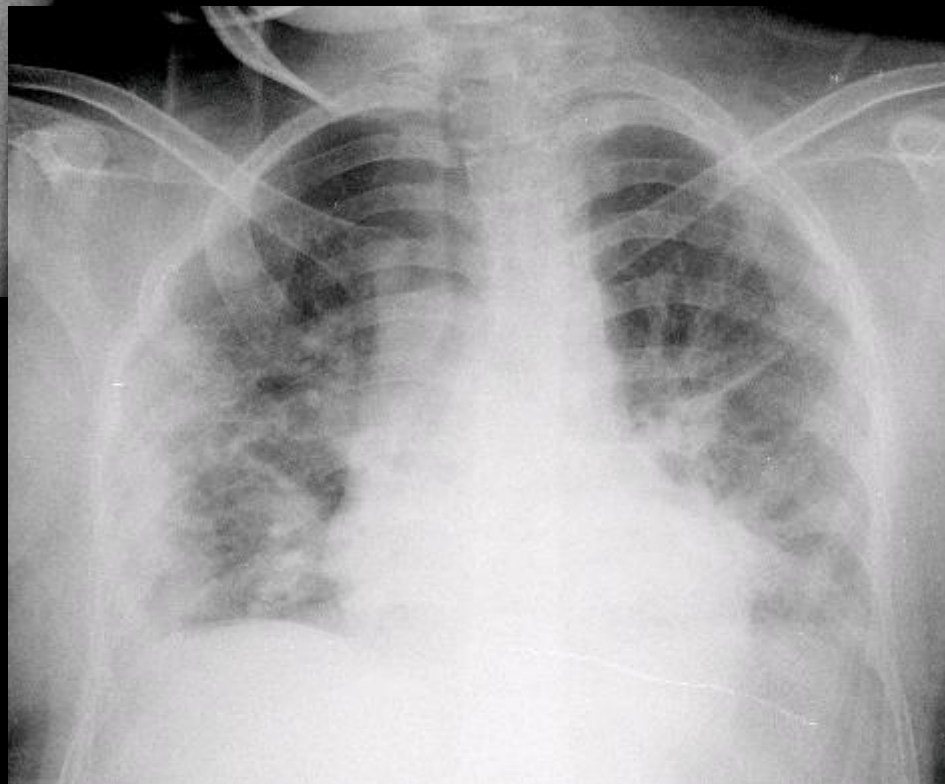


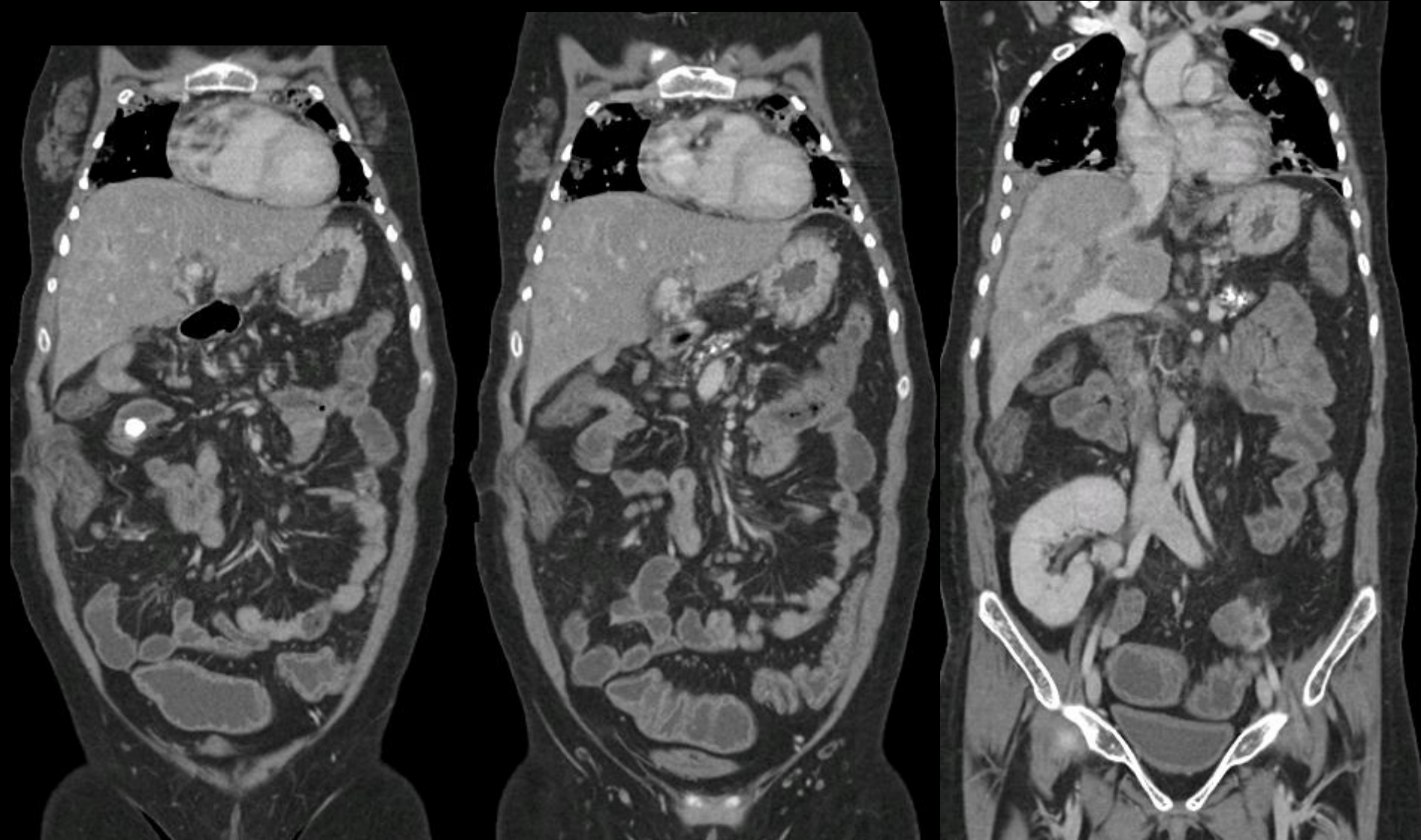
03-02-2009



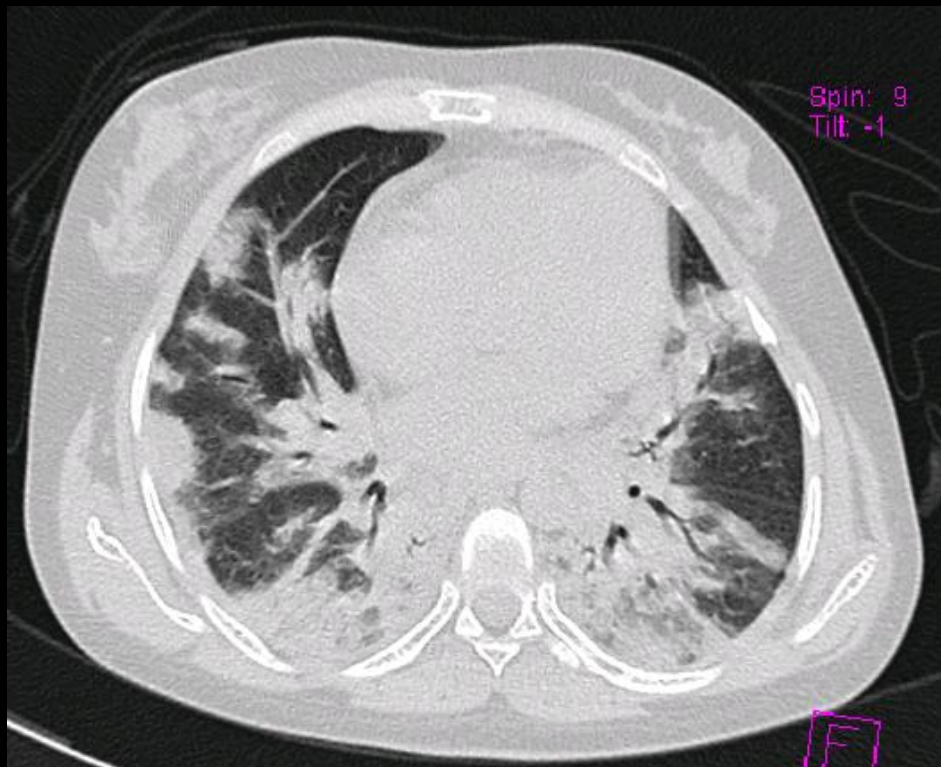
28-09-2009

30-09-2009





30-09-2009



30-09-2009

