Disfunción multiorgánica recuperada secundaria a síndrome hemofagocítico en contexto de neumonía por Influenza A

Macarena Erlandsen Figueroa[1], Teresita Concha Araya[1], Rosmel Andrade[2], Gudifredo Torres[2]

1. Universidad de Los Andes
2. Clínica Red Salud Vitacura

El síndrome hemofagocítico (SHF) es un trastorno hiperinflamatorio que se presenta en enfermedades autoinmunes, caracterizado por la proliferación y activación patológica de macrófagos y linfocitos T citotóxicos que lleva a una sobreproducción de citoquinas, hemofagocitosis y daño multiorgánico. Puede ser primario o secundario a infecciones, neoplasias, fármacos, entre otros. Clínicamente se presenta con fiebre prolongada, pancitopenia y hepatoesplenomegalia. En su presentación es habitual la respuesta inflamatoria sistémica y la disfunción orgánica múltiple, por lo que esta entidad está presente en el diagnóstico diferencial de los pacientes en la unidad de cuidados intensivo. Este síndrome presenta una mortalidad sobre el 95% sin tratamiento, y dado que su pronóstico está determinado por un diagnóstico y tratamiento precoz, es de suma importancia su pesquisa y manejo oportuno. Caso clínico. Paciente de sexo masculino de 51 años con antecedentes de obesidad, no inmunizado para Influenza, consulta por cuadro de fiebre y dificultad respiratoria, evoluciona precozmennte con disfuncioens orgánicas requiriendo ventilación mecánica invasiva y soporte con drogas vasoactivas. El estudio inicial evidencia una extensa neumopatía inflamatoria multifocal, en lo microbiológico filmarray respiratoria con Influenza A, sobreinfectado con S. aureus y S. pneumoniae. Llama la atención al ingreso anemia, trombocitopenia y formas inmaduras de glóbulos blancos en el hemograma, esto asociado a una elevación importante de marcadores inflamatorios y, pese a la gravedad de presentación inicial del cuadro, discordante con el resto de las disfunciones en ese momento. En su evolución requiere soporte hemodinámico y ventilatorio invasivo, en contexto de shock séptico refractario y falla renal oligoanúrica se realiza hemofiltración veno-venosa continua con filtro de citoquinas. Se evalúa con hematología y se complementa con inmunofenotipo en sangre periférica sin blastos, ferritina sobre el límite de detección de nuestro laboratorio y receptor soluble de interleucina-2 en 6929. Estudio de médula ósea confirma hemofagocitosis. Cursa con múltiples intercurrencias infecciosas incluyendo candidiasis sistémica con cultivos positivos en muestra de médula ósea. Controladas, se administra inmunoglobulina intravenosa y quimioterapia con protocolo HLH94. Paciente evoluciona favorablemente con retiro de soportes y egreso de unidad de paciente crítico. Discusión y aporte de tema. Se presenta caso de síndrome hemofgocítico, gatillado por infección viral, probablemente por el virus de Influenza, lo se ha descrito aunque es extremadamente raro. En el caso citado, la sospecha clínica precoz, fundamentada en la discordancia de los hallazgos hematológicos, pese a cursar inicialmente con un shock séptico grave con múltiples disfunciones orgánicas, permitió detectar y planificar su tratamiento.