DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE DRESS SEVERO: UN REPORTE DE CASO

bayron puebla-fuentes[1], patrick sepulveda-barisich[1], nicolas juica-cuitiño[2]

1. UPC Hospital de la serena
2. UPC Hospital la serena

Disfunción diafragmática secundaria a síndrome de dress severo: un reporte de caso” Puebla, Bayron; Sepúlveda, Patrick; Juica , Nicolas Introducción El síndrome de DRESS es una reacción adversa grave a medicamentos, caracterizada por erupción cutánea, fiebre, linfadenopatías, eosinofilia y compromiso multiorgánico (3). Aunque la tetraparesia y la disfunción diafragmática severa no son manifestaciones directas del DRESS, pueden presentarse como consecuencias neurológicas o complicaciones asociadas.(4) Presentación del caso Paciente de 53 años consulta en urgencias por lesiones dérmicas, deterioro general y pérdida de fuerza en extremidades inferiores. Había iniciado tratamiento con nifurtimox por enfermedad de Chagas dos meses antes. Se hospitaliza con sospecha de síndrome de DRESS, presentando falla ventilatoria por parálisis diafragmática, lo que motiva intubación e ingreso a UCI (5). Se le realiza traqueostomía precoz ante sospecha de ventilación prolongada. El tratamiento incluyó metilprednisolona, colchicina y antihistamínicos. La rehabilitación fue clave, centrada en entrenamiento diafragmático. En la evaluación inicial con ecografía (sonda convexa y lineal), se evidenció excursión diafragmática < 0,2 cm y fracción de engrosamiento < 5%. La presión inspiratoria máxima (NIF) era de -10 cmH?O, lo que impedía el uso de válvula umbral. Se inició entrenamiento respiratorio ajustando el trigger por presión, en modalidad de soporte presionado al 50% del NIF, en tres series de 8 repeticiones dos veces al día, junto con ejercicios funcionales como sedestación y verticalización en tilt table. Resultados La paciente evolucionó favorablemente, permitiendo iniciar entrenamiento con válvula umbral tres días después, incrementando cargas progresivamente. Se monitoriza ecográficamente y con mediciones seriadas de NIF. A los 15 días, el NIF aumentó a -32 cmH?O, permitiendo la primera desconexión a terapia de alto flujo, logrando la desvinculación completa tres días después. La ecografía mostró excursión de 1,5 cm y fracción de engrosamiento del 35%. Cinco días más tarde, fue decanulada exitosamente tras prueba de obturación mayor a 24 horas, con NIF de -54 cmH?O y pico de flujo espiratorio de 150 L/min.. Conclusiones Este caso muestra que, ante un síndrome de DRESS con disfunción diafragmática severa el manejo inmunomodulador junto con rehabilitación respiratoria intensiva permite una recuperación funcional progresiva(6). La ecografía diafragmática fue útil para guiar la intervención, y el uso de IMT (2) junto con ejercicios funcionales facilitó la desvinculación del soporte ventilatorio y la decanulación definitiva (1). La evaluación y rehabilitación adecuadas son esenciales en este tipo de complicaciones. Metodología Estudio observacional con narrativa cronológica, que describe hallazgos clínicos, intervenciones y evolución de la paciente