FALLA VENTILATORIA CATASTRÓFICA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR: MANEJO EN ECMO

Isabel Castro-Jeldrez[1], Leandro Ortega-Barra[1], Valentina Toledo-Olivero[1], Juan Pablo Cuevas-Tebache[1], Jaime Contreras-Bizama[1], Sebastian Ramos-Brewe[1], Constanza Schwerter-Benavides[1]

1. Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública mundial. En Chile presenta una tasa de incidencia de 12,4 casos por 100.000 habitantes. La TB es una causa infrecuente de insuficiencia respiratoria grave; cuando ocurre, se asocia a una elevada mortalidad. El uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes con TB es excepcional y se reserva para casos de hipoxemia refractaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 38 años proveniente de Brasil, síndrome de Down parcialmente funcional al cuidado de hermana. Consulto en Hospital de Magallanes el 17.05.25 por historia 1 mes dificultad respiratoria, hemoptisis, baja de peso, Tomografia Computada (TC): Múltiples focos de condensación y árbol en brote bilaterales multifocales sospechoso de tuberculosis activa. GeneXpert Esputo confirma diagnóstico, deterioro respiratorio progresivo que requiere ingreso a UCI para ventilación mecánica asistida, requiere prono desde el 01.06.2025 con BNM. No responder a maniobras de reclutamiento alveolar. Evoluciona en extrema gravedad, altos requerimientos de DVA, decúbito prono mayor a 4 días, con deterioro en intercambio, PAFI 81 . Es canulado por equipo ECMO móvil, conectado a ECMO veno-venoso. cánula de extracción maquet 23 fr y retorno 19 fr, se traslada a Hospital de Temuco para manejo. Desde lo infeccioso evaluado por programa TBC, se inicia (01/06) rifampicina, levofloxacino e isoniazida vía endovenosa por gravedad paciente. Durante estadía ademas curso con varios episodios de hemorragia digestiva de manejo endoscopico y sangrado activo en íleon 2° a MAV, requiriendo embolización por radiología intervencional recuperado. En su estadía estuvo en reposo pulmonar por hepatización pulmonar completa, manteniendo evolución estable pero estacionaria, se sospecho neumonía organizada y se manejo con pulsos de Metilprednisolona por 7 días, Evoluciona con progreso lento en imágenes de áreas ventilables, y volúmenes corrientes. El 20/07 se realiza TQT percutánea, con hemoptisis los días posteriores, por lo que se realiza FBC que demuestra coágulo adherido a ostoma sin sangrado activo. El 26/07 movilizando VT mayores a 5 ml/kg, se decide inicio de modo espontáneo, disminución de soporte y retiro progresivo de sedación. El 30/07 en condiciones de decanular, se realiza retira de ambas cánulas venosas sin complicaciones, manteniendo VMI, posterior a esto se traslada a Hospital de origen después de 50 días de estadia Temuco a continuar manejo y rehabilitación.

DISCUSIÓN:

La ECMO-VV es una estrategia eficaz para el soporte del SDRA grave, aunque su aplicación en TB es infrecuente y se limita a reportes aislados. En este caso, la ECMO permitió sostener la oxigenación mientras se instauraba el tratamiento antituberculoso, favoreciendo la recuperación pulmonar y la sobrevida del paciente. Dado que la enfermedad subyacente es potencialmente tratable, la ECMO debe considerarse una alternativa de rescate en pacientes seleccionados.