SDRA POR TUBERCULOSIS PULMONAR EN UCI: UN PRONOSTICO SOMBRÍO

Diego Lillo-Cuevas[1], José Luis Navarro-Araya[1], Pablo Arellano-Graell[1], Roberto Benavente-Salazar[1], Bárbara Cornejo-Contador[1], Cristóbal Demarta-Castro[1], María Cartes-Labbé[1]

1. Hospital de Villarrica

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis pulmonar (TB) puede evolucionar a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con alta letalidad en UCI. En series, la mortalidad por TB en UCI varía 29–95 %. La combinación de cavitaciones, bajo reclutamiento, compliance disminuida y disfunción del ventrículo derecho define un fenotipo de mal pronóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 54 años ingresó el 17/05 por insuficiencia respiratoria hipoxémica. Angio-TC inicial con vidrio esmerilado difuso, consolidaciones bibasales y cavidad apical gruesa derecha; en controles, mayor extensión de vidrio esmerilado, nuevas cavitaciones y derrame pleural. PCR y cultivo confirmaron Mycobacterium tuberculosis. Se inició VMI con VT 400 mL (~6 mL/kg), DP 14-16 cmH ?O y PEEP 10–12 cmH?O (Cest 26 mL/cmH?O). Oxigenación inestable (PaFi 104–180 con FiO ? 0,38–0,80). Se titularon parámetros de VMI por impedanciometría, con descenso de DP y mejoría temporal de compliance. Entre el 24–27/05 se efectuaron ciclos de pronación con mejorías transitorias. Se pesquisaron coinfecciones (influenza A, coronavirus, rinovirus y Haemophilus influenzae); luego surgieron quiebres clínicos sin agente identificado.

ECOCARDIOGRAFÍA:

dilatación/sobrecarga del ventrículo derecho con hipertensión pulmonar (cor pulmonale agudo). Se indicó inodilatación (milrinona). La superficialización de la sedación gatilló asincronías y aumento del “drive ventilatorio”; se mantuvo sedación profunda y bloqueo neuromuscular intermitente. Pese a ventilación ultraprotectora y tratamiento específico, persistió progresión parenquimatosa y baciloscopías positivas. Se planteó ECMO veno-venosa; tras discusión familiar, se rechazó. Evolucionó con deterioro de la mecánica e hipoxemia refractaria; falleció el 13/06. Discusión y Conclusión La tuberculosis pulmonar con síndrome de distrés respiratorio agudo severo, con hipoxemia marcada, bajo potencial de reclutamiento y compliance disminuida llevó a una estrategia ventilatoria protectora, con discreta mejoría mecánica sin revertir la hipoxemia, consistente con parénquima rígido y heterogéneo. La pronación aportó beneficios transitorios, limitados por la escasa compliance y la progresión de lesiones pulmonares. La PEEP guiada por impedanciometría añadió información útil, permitiendo un balance más seguro entre colapso y sobredistensión. Las coinfecciones aumentaron la carga inflamatoria; su control no modificó la trayectoria, lo que sugiere un sustrato tuberculoso dominante. La disfunción del ventrículo derecho con hipertensión pulmonar marcó un punto de inflexión (cor pulmonale agudo). La mortalidad reportada en TB-SDRA grave alcanza hasta 95 % según algunas series, muy superior al SDRA convencional; incluso con ECMO, la supervivencia ronda ~50 %. Esto refuerza el mal pronóstico de estos casos.