

Neutropenia febril en UCI

Dr: Raul Castelli.
Dra: Daniela Paciel.



Historia clínica

Ficha Patronímica:

28 años. Sexo Masculino. Procedente de Florida.

Antecedentes Personales:

Trastorno por dependencia de PBC, Marihuana y Alcoholista.

Antecedente Ambientales:

Repartidor en un comercio de comidas rápidas, sin otros de relevancia epidemiológica.

Probable exposición a tóxicos.



Historia Clínica

12/05 consulta en Emergencia H.Florida por odinofagia de 10 días de evolución. Repercusión general, fiebre de hasta 38°C, adenopatías cervicales dolorosas, faringe congestiva. No lesiones en piel.

Diagnóstico de Faringoamigdalitis.

Tratamiento con Penicilina G Benzatínica 1.200.000 UI IM.

Alta a domicilio.

16/05 reconsulta por evolución tórpida, persiste febril, con intenso dolor a nivel faríngeo, evolucionando al trismo.

Planteo: Flemón paraamigdalino



Se toma muestra de sangre para paraclínica y HC x 2.

Paraclinica (16/05):	Resultados:
Hemoglobina:	12,8 mg /dl.
Plaquetas:	52.000 cel /ml.
Glóbulos Blancos:	400 cel/ ml.
PMN:	0
Linfocitos:	300 cel /ml.
Azoemia:	0,87 mg /dl.
Creatininemia:	1,35 gr/ lts
BT:	1,82 mg /dl
TGO/TGP:	22/36.
FA/Ggt:	96/ 40
VES:	80.



Historia Clínica.

Con planteo de Flemón paraamigdalino en paciente con Bicitopenia / Neutropenia febril es enviado a Emergencia del Hospital de Clínicas.

Examen Físico: Buen estado general, buen estado nutricional.

Febril 38,5° C, lúcido, eupneico, hemodinamia estable.

PM: no lesiones a destacar.

OF: Faringe eritematosa, exudado purulento en ambas amígdalas, necrosis a nivel de criptas, trismo con intenso dolor a la apertura bucal.

Adenopatías superficiales peri amigdalinas bilaterales.

No se palpan adenomegalias en otros territorios.

PP Buena entrada de aire bilateral, sin estertores.

CV normal

ABD sin visceromegalias.



Historia Clínica.

Valoración por ORL y Hematología

Se decide dado planteos internación en sala de Hematología

Se inicia tratamiento con ampicilina-sulbactam.

Se descarta la posibilidad de punción.

Otros Exámenes a destacar:

Test rápido VIH : No reactivo.

PCR 41,75.

Procalcitonina entre 0,5 - 2.

VES 103.



Historia Clínica.

17/05

Mielograma: muestra obtenida no fue representativa de la MO.

Lámina periférica: no se observan neutrófilos, linfocitos aislados maduros y algunos activados.

Se rota plan a Piperacilina-Tazobactam en forma empírica.

Planteos : Insuficiencia medular aguda

- 1) Aplasia Medular ?.
- 2) Leucemia Aguda ?.

Se realiza BMO.



Historia Clínica.

Evolución en sala:

Peoría progresiva.

Persiste con fiebre.

Aumento del trabajo respiratorio, con Insuficiencia Respiratoria tipo I

Diarrea sin elementos anormales.

Paraclínica: pancitopenia, insuficiencia hepatocítica con alteración de la crisis.



Historia Clínica.

Exámenes:	18/05	19/05
Glóbulos Blancos:	390 cel/ml.	590 cel/ml.
PMN:	30 cel/ml.	60 cel/ml.
Linfocitos:	300 cel/ml.	430 cel/ml.
Plaquetas:	24.000 cel/ml.	20.000 cel/ml.
HB:	8,9 mg/dl.	8,3 mg/dl.
Azoemia /Cratinimemia:	0,59/ 1,13	0,41/0,84
BT:		1,8
TGO/ TGP:	63/74	69/91
FA / Ggt:	114/99.	162/119.
Procalcitonina :		2,16



Historia Clínica.

Planteos:

Sepsis grave en paciente inmunodeprimido severo con Neutropenia severa en contexto de síndrome de insuficiencia medular aguda

Focos probables: 1) Orofaringeo bacteriano.
2) Entérico. CD? Colitis neutropénica? Otros.
3) Respiratorio bacteriano inespecífico.
4) Compromiso sistémico por otros microorganismo oportunistas
CMV, *Aspergillus*, Otros Herpes Virus, Toxoplasmosis.

Conducta:

> Se solicita TC cráneo y senos faciales, Tx, Abdomen, Pelvis

> Toma de muestras para cultivos: Hc, Uc, SET, CV CMV, Serología Toxoplasmosis, Serología EBV y herpes simple, Serología hepatitis, panel viral en sangre herpes virus, galactomanano en sangre.

> Se rota plan ATB acorde al planteo clínico:

18/05 Meropenem 2 gr iv cada 8 Hs.

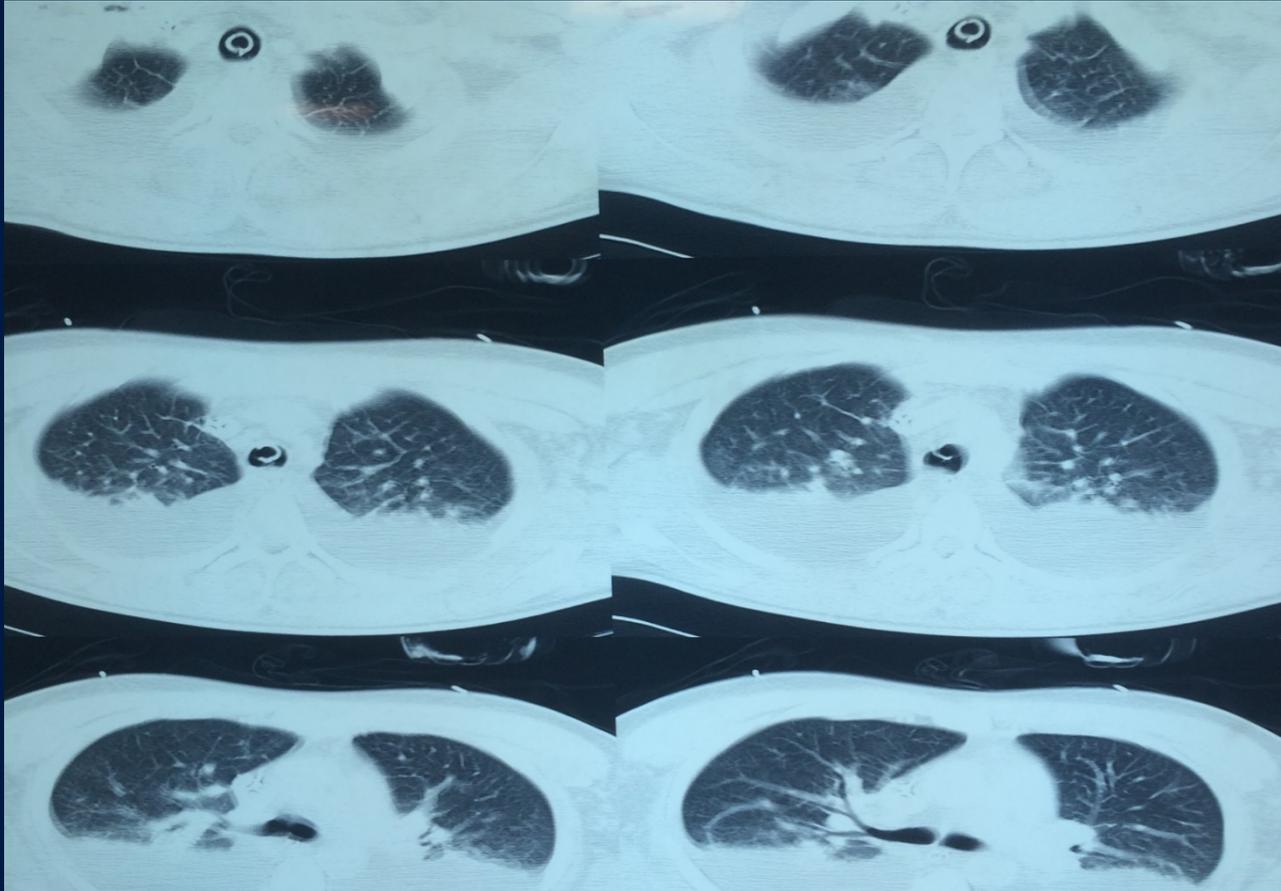
Vancomicina carga y 15 mg/Kg cada 12 horas.

Aciclovir 500 mg iv cada 8 Hs.

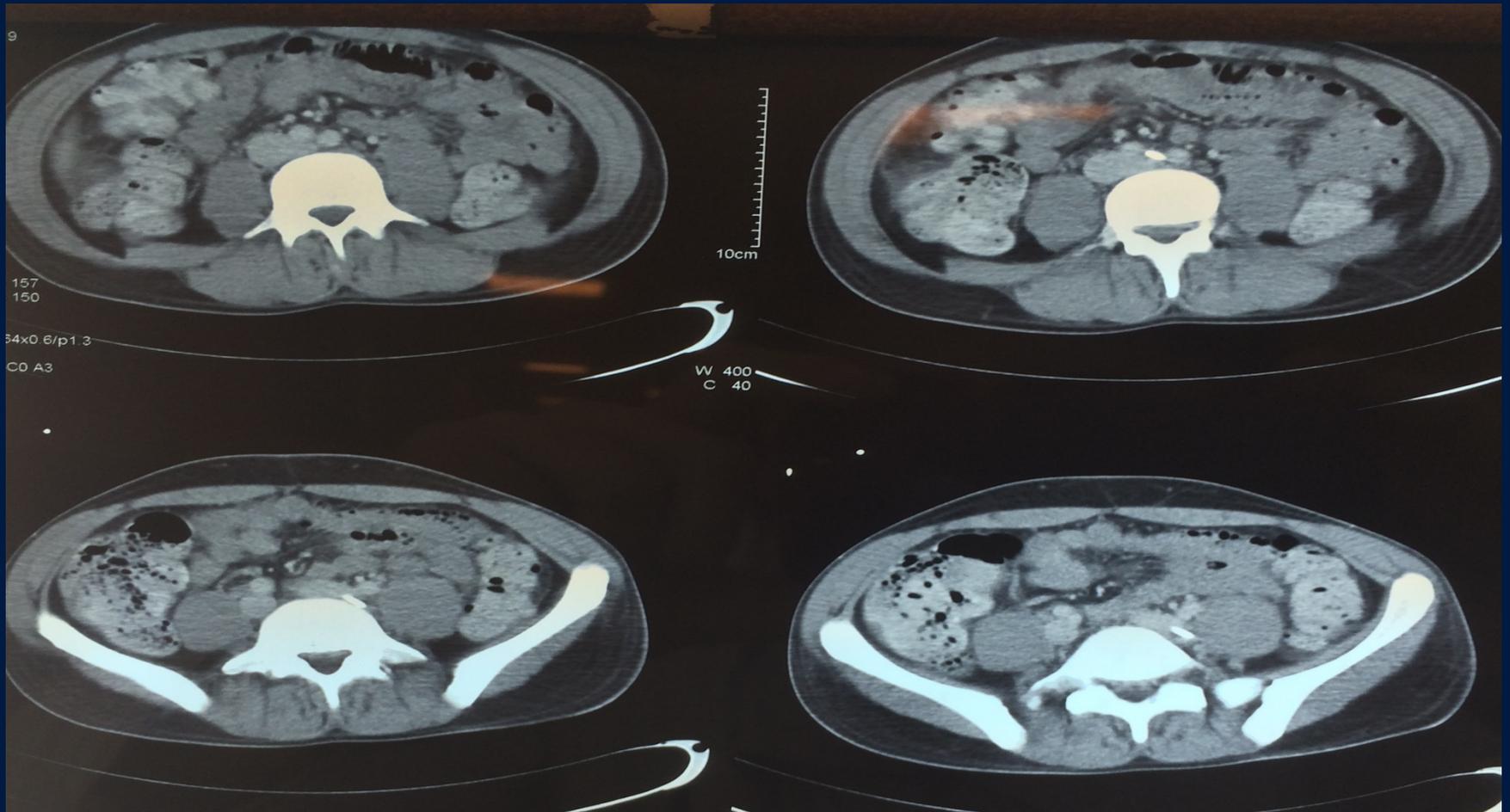
Fluconazol 400mg iv día.



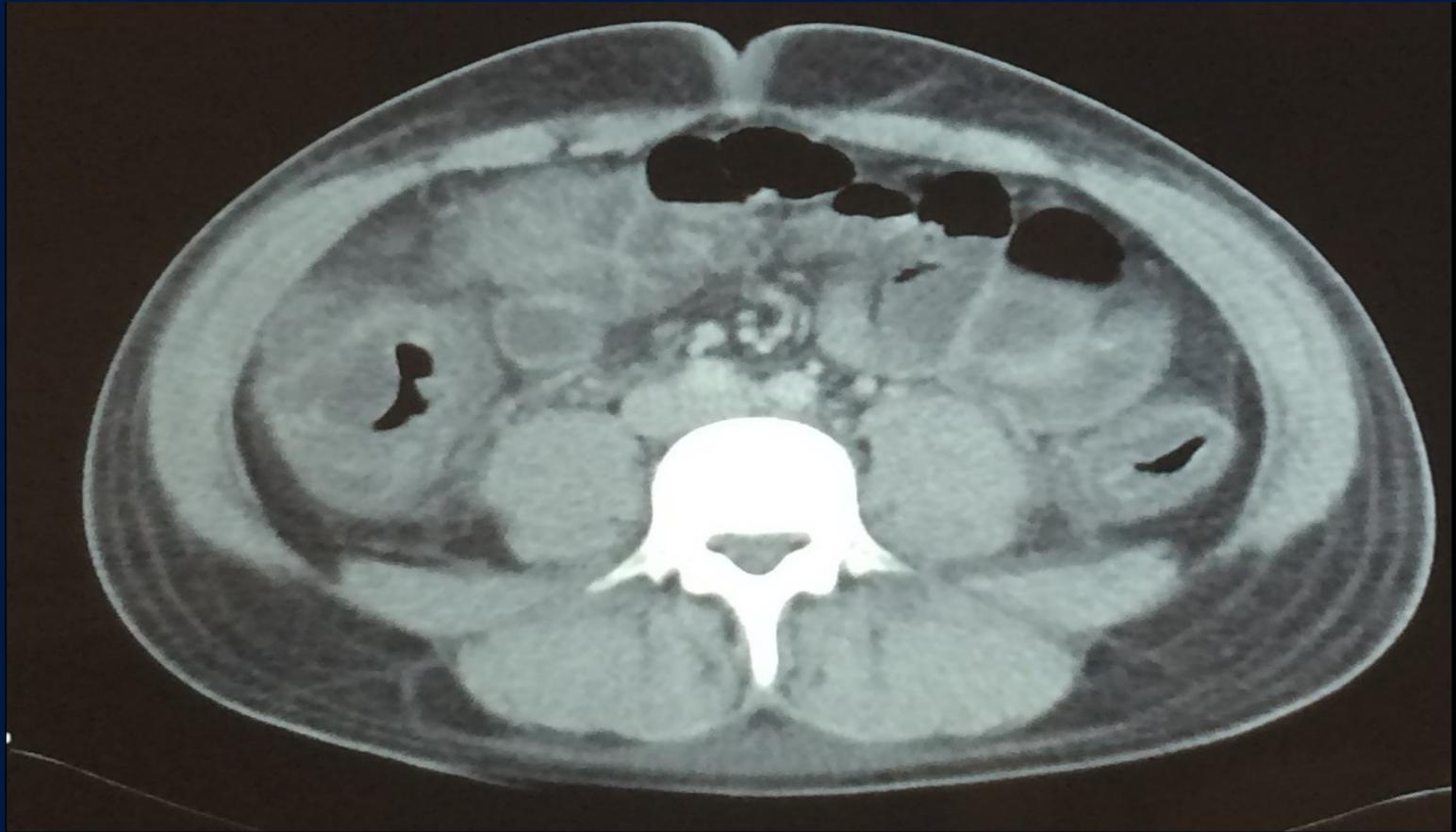
Historia Clínica.



Historia Clínica.



Historia Clínica.



Historia Clínica.

TC: Sin Contraste Cráneo y Senos Paransales, sin alteraciones.

TC Tx con Contraste: Engrosamiento intersticial, interlobulillar, bilateral, difusa, a predominio de lóbulos superiores, sin alteración a nivel de parénquima pulmonar, derrame pleural bilateral leve, no adenomegalias.

TC ABD con Contraste: Engrosamiento parietal colónico, con patrón de estratificación en capas luego de administrar el contraste, alteración de la grasa pericólica, así como también escasa cantidad de líquido libre intra abdominal, no adenomegalias, hepatomegalia homogénea, esplenomegalia de densidad homogénea, sin lesiones focales, riñones sin alteraciones, vía biliar principal y accesoria sin alteraciones.



Historia Clínica.

Ingresa a CTI:

Grave, lúcido. Febril 39° C.

Insuficiencia respiratoria severa SAT 90% (MBF), PA 140/80

ABD sin particularidades, PNM sin rigidez de nuca.

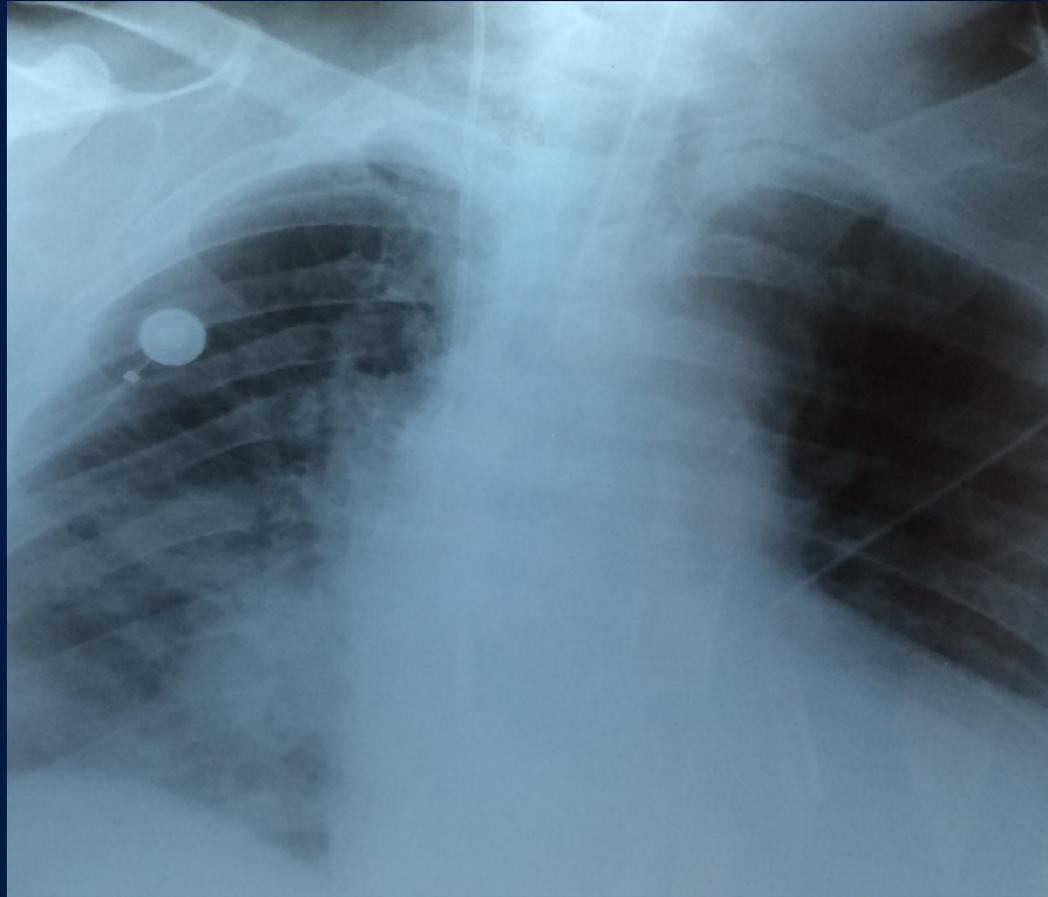
Se inicia ventilación no invasiva que se mantiene por 48 Hs, luego requiere IOT y conexión a ARM.

PafiO₂ > 300 con clara discordancia clínica radiológica gasométrica

Sin posibilidad de realizarse LBA por hemoptisis y plaquetopenia.



Historia Clínica



ESTUDIO	RESULTADO
Hemocultivos (17/18/19):	Sin desarrollo.
Urocultivo (17/05):	Sin desarrollo.
Coprocultivo: (22/05):	Sin desarrollo.
Coproparasitario (19/05):	Sin desarrollo.
Ag Galactomanano sangre (19/05):	0,15 ug ml.
CMV (19/05):	350 copias / ml.
EB (19/05):	IgG reactivo/ IgM no reactivo.
CD (19/05 y 22/05):	GDH negativo, Toxinas AyB negativas.
Toxoplasmosis (19/05):	IgG negativo/ IgM negativo.
Hepatitis A (19/05):	Negativo.
Hepatitis B (19/05):	Negativo.
Hepatitis C (19/05):	Negativo.



Historia Clínica

El 24/05 se recibe el informe de HC del 16/05 (en 2 frascos):

Pseudomonas aeruginosa:

Amikacina: Sensible.

Ceftazididime: Sensible.

Ciprofloxacina: Intermedio.

Gentamicina: Sensible.

Imipenem: Sensible.

Meropenem: Sensible.

Piperacilina Tazobactam: Sensible.

Conducta: se mantiene igual plan desde el día 18/05.



Historia Clínica.

20/05

Evoluciona a shock séptico con requerimiento de vasopresores.

IPA con $\text{PaO}_2 < 300$, RxTX edema de 4 cuadrantes.

Alteración en hepatograma con BT que llega a 4,69 a predominio de la bilirrubina directa 4,26 (no vinculable a hepatotoxicidad).

Alteración en la crisis. Función renal conservada.

Mantiene pancitopenia severa.

Febril mantenido de hasta 40°C.



Examen	20/05	22/05	24/05	26/05	28/05	30/05
HB	8,3	8,9	6,8	7,1	6,2	7,4
GB	760	910	430	720	1070	670
PMN	30	70	70	70	180	100
Linfocitos	600	740	310	620	790	460
Plaquetas	30.000	14.000	17.000	14.000	10.000	13.000
TP	50%.	44%	50%	58%	56%	52%
BT/BD	2,67/ 2,47	4,15/ 3,75	4,69/ 4,26	1,97/ 1,87	1,81/ 1,71	3,38/ 3,14
TGO/TGP	124/ 134	152/ 201	52/ 150	56/ 88	105/ 109	219/ 243
FA/Ggt	131/ 195	196/ 374	176/ 370	134/ 297	126/ 271	138/ 306
Azeomia	0,33	0,32	0,27	0,22	0,36	0,54
Cratinine	0,76	0,73	0,72	0,6	0,79	0,77



Historia Clínica.

La ausencia de nuevos hallazgos microbiológicos marca la evolución: (HC, URO, ST, VVC, PAM, serologías, PCR)

Se decide reiterar TC (23/05) :

>Cuello: Ambas amígdalas aumentadas de tamaño, sectores centrales hipodensos vinculados a abscedificación, sin alteración en el espacio retrofaríngeo.

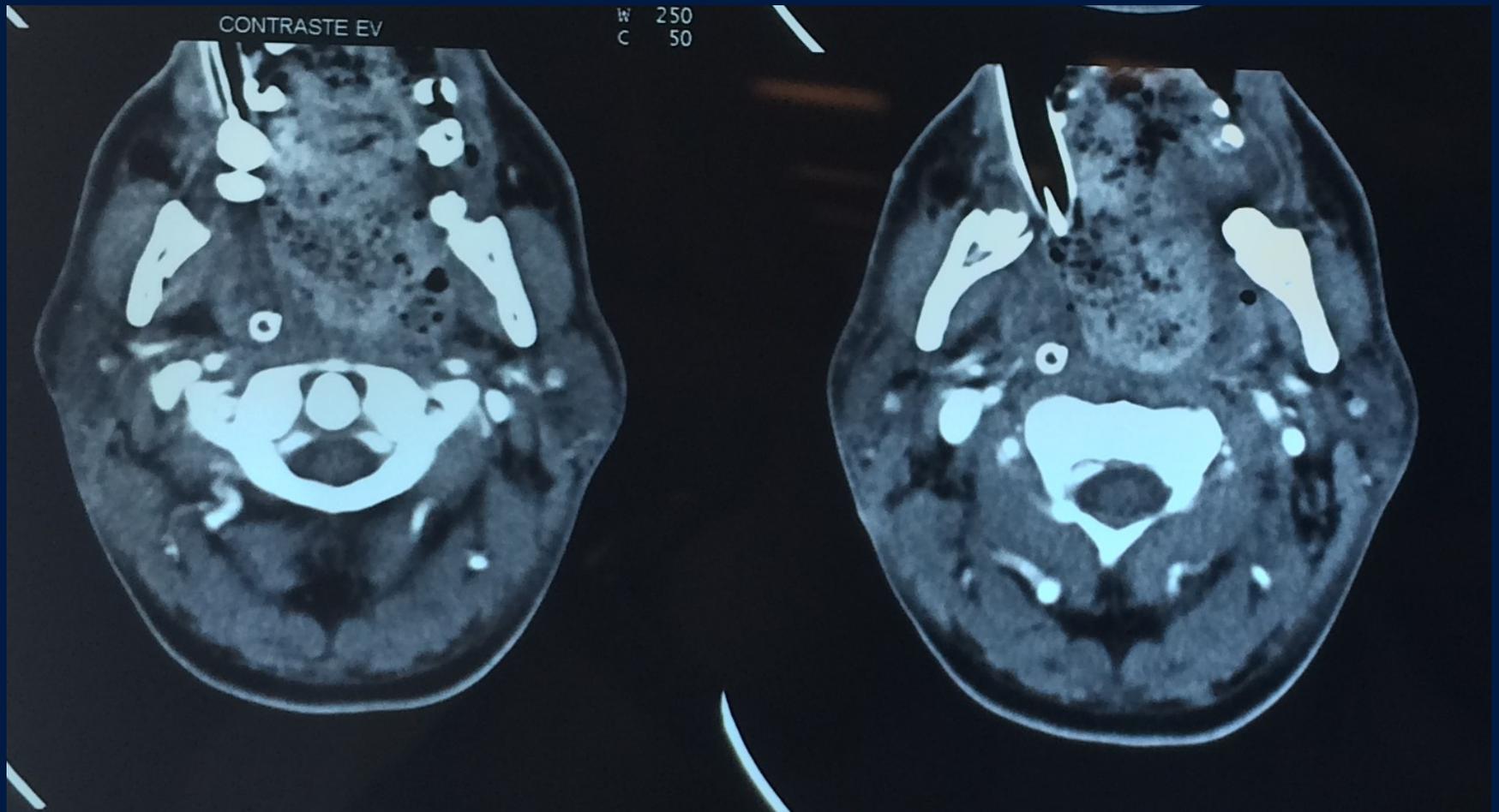
>Tx: engrosamiento intersticial pulmonar, vinculado a edema intersticial.

> Abdomen: hepatoesplenomegalia, no elementos de colitis.

Valorado por ORL igual conducta (no quirúrgico)



Historia Clínica.



Historia Clínica.

BMO (20/05): Aplasia medular severa, franca disminución de las 3 series, del orden del 70%, con un 90% de la línea megacariocítica, llamativa plasmocitosis de 40%, aumento de la trama reticulínca, no se observan granulomas, fibrosis colágeno, sin depósitos amiloides.

Mielogramas con IF: En múltiples oportunidades Negativos y No representativos

Tratamiento: Ciclosporina 150 mg cada 12 Hs (19/05)
 Neupogen 1 amp IV día.

Respuesta:

Ausencia de respuesta , manteniendo menos de 100 PMN hasta el día 27/05.
Plaquetopenia severa con sangrado persistente de mucosas sobre todo a nivel de orofaríngeo. Requerimiento de CPDU y Gr en forma continua.



Historia Clínica.

Los lineamientos terapéuticos fueron:

- Sostén de sistemas fisiológicos mayores alterados.
- Antibioticoterapia amplia en función de inmunodepresión y gravedad
- Pero también dirigida a *Pseudomonas aeruginosa* en HC.
- Antifúngicos con criterio empírico y atendiendo a la gravedad.
- Ciclosporina y Neupogen.
- Transfusión de Hemoderivados.
- Seguimiento por equipo multidisciplinario
- Presenta rash cutáneo sin nuevas alteraciones de hepatograma. Valorado por dermatólogos indican corticoides.



Historia Clínica.

Desde el 31/05:

Mayor estabilidad hemodinámica. Suspensión de vasopresores.

Ascenso paulatino en el recuento de neutrófilos

Normalización hepatograma y crisis.

Curva térmica presenta un descenso marcado.

Se realizar ETE que no ve vegetaciones.

LBA (8/06): Directo y Cultivo sin desarrollo.

Baciloscopías negativas y Genexpert Negativo.

Micológico sin desarrollo.

Ag Galactomanano LBA 0,8 ug ml.



Historia Clínica.

TC (9/06): Cuello y Tx

Cuello: faringe sin alteraciones, sin adenomegalias cervicales.

Tx Banda parenquimatosa densa en LSI, nódulos acinares

Se extuba con buena tolerancia el día 13/06.

El día 17/06 es dado de alta de CTI y pasa a sala de Hematología.

Se mantiene lúcido, tolerando la vo.

Se consolida la mejoría, remisión completa de citopenias, se mantiene ciclosporina y se cambia a prednisona 40 mg VO.

Paraclínica al alta: Hb 8,6, plt 105.000, 2200 PMN.

Concurre a Policlínica Hb 12,6, PLT 138.000, GB 5290, PMN 3130, Linfocitos 1510.

Citometría de flujo diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica.



Historia Clínica.

En suma:

- 28 años
- Pancitopenia / Neutropenia febril severa.
- Leucemia aguda linfoblástica.
- Faringo amigdalitis.
- Sepsis grave bacteriémica a *Pseudomonas aeruginosa*.





**Cátedra de
Enfermedades Infecciosas | 2015**

