

# DISTRES RESPIRATORIO AGUDO DEL ADULTO (ARDS)

## Resumen de la Historia Clínica N° 325065

Dr. Enrique Caeiro (h.)

18/06/92 Varón de 27 años, sano, deportista, derivado desde Río Tercero, que ingresó por síndrome de distress respiratorio del adulto (ARDS) secundario a neumonía basal derecha; rápidamente apareció infiltrado en alas de mariposa, confusión e hipoxia (PO<sub>2</sub> 49) a pesar de una fracción inspirada de oxígeno elevada (FiO<sub>2</sub> 0,6). Debió colocarse asistencia respiratoria mecánica (ARM) con presión positiva al final de la espiración de 20 cmH<sub>2</sub>O (PEEP), FiO<sub>2</sub> de 0,8, cateter de Swan Ganz y drogas vasoactivas ya que el cuadro en los primeros días estuvo dominado por hipertensión e hipoxia. Desde su ingreso recibió imipenem y claritromicina.

A los 5 días de internación, se cambiaron los antibióticos (ATB) por la persistencia del infiltrado y la hipoxia a pesar de PEEP de 15 y FiO<sub>2</sub> 0,8. (ceftazidima, vancomicina, colistina y claritromicina).

A los diez días se produjo neumotórax izquierdo a tensión, se drenó por toracotomía mínima. Horas más tarde presentó neumotórax derecho que también se drenó; aún persistía infiltrado pulmonar bilateral.

A los trece días se agregó ciprofloxacina; era necesario un PEEP de 15 y una FiO<sub>2</sub> de 0,6 para mantener una PO<sub>2</sub> de 60; en los días siguientes persistían neumotórax bilaterales a pesar de los drenajes.

A los 15 días se hizo traqueostomía, lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia pulmonar a cielo abierto. Después del procedimiento, paro cardíaco que respondió a las maniobras de resucitación; el BAL mostró: macrófagos 64 %, neutrófilos 30 % y eosinófilos 6 % con examen bacteriológico negativo; la biopsia: daño alveolar difuso con evolución a fibrosis.

Con ese resultado comenzó tratamiento con 200 mg de metilprednisolona diarios durante cuatro días, luego 150 mg por 15 días, 100 mg, por 10 días y por último dosis decrecientes de prednisona que se suspendió el día 48 de internación; también se agregó fluconazol.

En los días siguientes el cuadro pulmonar mejoró, pudo retirarse el PEEP; y apareció infección urinaria por pseudomonas.

A los 22 días se suspendieron los ATB para cultivar; en ese momento la Rx de tórax mostraba neu-

motórax apical derecho y paramediastinal, bullas y fibrosis. Hasta entonces había estado en coma farmacológico; sin drogas, estaba lúcido, sin déficit neurológico.

A los 26 días los cultivos de una segunda broncofibroscopía, empiema y hemocultivos mostraron pseudomonas. Comenzó a alternar períodos de respiración espontánea y ARM; al mes de la internación, ya sin respirador, se hizo evidente marcada debilidad generalizada con incapacidad para mantenerse sentado, sostener la cabeza y emaciación.

Día 31 nuevamente neumotórax derecho.

A los 37 días comenzó a reducirse la prednisona (tomaba 15 mg día); era necesario hacer broncoscopías diarias para sacar tapones mucosos que obstruían grandes bronquios; se cambió el esquema de ATB a imipenem.

29/07/92 A los 40 días, persistía debilidad, postrado, cuadriparético; con escara sacra y fistula pleuropulmonar izquierda.

En los días siguientes estuvo estable, necesitaba bigotera con flujo de 3L para mantener la saturación de Hb en 91 % (PaO<sub>2</sub> alrededor de 60).

Un electromiograma mostró velocidad de conducción motora normal y, a nivel sensitivo leve retardo distal.

08/08/92 Reingresó a UTI (unidad de terapia intensiva) porque los tapones mucosos eran muy adherentes y obstruían la vía aérea; en ese momento estaba con imipenem; comenzó a recuperar lentamente la fuerza muscular y al mismo tiempo se hizo evidente neumonía basal izquierda (pseudomonas).

A los 58 días biopsia de deltoides izquierdo que mostraba atrofia extrema y desaparición de fibras musculares con fenómenos de leucocitosis y vasculitis. En ese momento seguía la escara sacra, fístula pleural, debilidad marcada y caquexia.

A los 63 días se dejó el drenaje pleural derecho abierto, disminuyeron las secreciones bronquiales, se alimentaba por sonda nasogástrica.

A los 72 días neumotórax derecho, se colocó drenaje bajo agua. En los cultivos del esputo se encontró pseudomonas y en el líquido pleural pseudomonas y esta-

*filococcus aureus*.

A los 85 días pasó al piso, mejoró la escara, la miopatía y la infección.

A los 100 días una espirometría mostraba restricción severa (capacidad vital forzada CVF= 1,55 L; 28 %). La radiografía de tórax mostraba bullas cicatrizales y áreas de engrosamiento pleural. Usaba oxígeno algunas horas al día.

Una tomografía axial (TAC) de tórax evidenció lesiones pleurales izquierdas, atelectasia del lóbulo inferior izquierdo e imágenes aéreas quísticas en lóbulo superior derecho.

05/10/92 Alta a los 112 días.

21/10/92 Continuaba mejorando caminaba unos pasos, usaba oxígeno 10 hs. al día. CVF 2. 2,05 L.

05/01/93 vida normal; CVF 2,90 L (52 %).

*Fig. 1-A-TAC tomada cuando sale de alta hospitalaria a los 112 días de la internación. Todavía persisten extensas lesiones pulmonares. En el pulmón derecho, voluminosas bullas de enfisema, sobretodo en la parte anterior y trazos fibrosos dispersos. En el pulmón izquierdo, una cavidad con nivel líquido en el ángulo*

*cardio costal anterior y densas condensaciones que ocupan gran parte del pulmón, con acentuado engrosamiento pleural.*

*B-TAC a los 8 meses de la anterior que presenta una reconstrucción de ambas imágenes pulmonares, donde solo quedan algunos trazos fibrosos secuenciales y una hipertransparencia anterior derecha.*

