



Infectio

Print ISSN 0123-9392

Infect. vol.5 no.3 Bogotá July/Sept. 2001



How to cite this article

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Diagnostic Imaging

Juan Diego Vélez L. MD*

Juan Santiago Villadiego MD**

Rubiel Dario Soto MD***

* Departamento de Medicina Interna, Unidad de Infectología, Fundación Valle Del Lili. Cali, Colombia.

** Residente Medicina Interna, CES-Fundación Valle Del Lili. Cali, Colombia

*** Residente Medicina Interna, Universidad de Caldas

Paciente de 44 años, casada, sin hijos, vive en Cali, trabaja en labores de oficina. Tiene un diagnóstico de linfoma no Hodking del manto desde hace aproximadamente 14 meses, para lo cual ha recibido quimioterapia y radioterapia en múltiples ocasiones sin una mejoría clara, razón por la cual posteriormente se decidió realizar un trasplante autólogo de médula ósea. Las células fueron colectadas por la maquina de aféresis a partir de células de sangre periférica. En la evaluación pre-trasplante se obtuvieron los siguientes datos: HIV negativo, IgG para citomegalovirus (CMV) y toxoplasma positivos, perfil hepático normal, Hb 11 gr/dl, Hto 32 %, leucograma: 3000 leucocitos/ mm³.

La paciente recibió como régimen condicionante radioterapia corporal total. En los días siguientes presentó severa mucositis, pancitopenia severa y desarrolló un cuadro febril para el cual se inició manejo de la manera convencional, se tomaron diferentes cultivos que fueron negativos y la paciente recibió tratamiento con diferentes antibióticos y adicionalmente Aciclovir, Fluconazol y posteriormente Anfotericina B. Durante todo este periodo de tiempo recibió numerosas transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas.

Posteriormente presentó edema generalizado, balance positivo de líquidos, dificultad respiratoria y alteraciones de conciencia, la radiografía de tórax mostraba infiltrados difusos bilaterales, se plantearon varias posibilidades entre ellas la de un proceso infeccioso. En relación con esto se le realizaron varias radiografías de tórax y TAC de tórax el cual mostró infiltrados difusos bilaterales sin otros hallazgos ([figura 1](#)). Se realizó una broncoscopia cuyos hallazgos macroscópicos revelaban sangre. Las tinciones y cultivos para diferentes gérmenes fueron negativos. Las mediciones de antígeno de CMV y cultivos en sangre y orina fueron negativos.

Revista de Medicina Interna, Universidad de Cali



Paciente de 44 años, casada, sin hijos, vive en Cali, trabaja en labores de oficina. Tiene un diagnóstico de linfoma no Hodgking del manto desde hace aproximadamente 1 mes, para lo cual ha recibido quimioterapia y radioterapia en múltiples ocasiones sin una mejoría clara, razón por la cual posteriormente se decidió realizar un trasplante autólogo de médula ósea. Las células fueron colectadas por la máquina de aféresis a partir de células de sangre periférica. En la evaluación pre-trasplante se obtuvieron los siguientes datos: HIV negativo, IgG para citomegalovirus (CMV) y toxoplasma positivos, perfil hepático normal, Hb 11 gr/dl, Hto 32 %, leucograma: 3000 leucocitos/mm³.

La paciente presenta deterioro de su función respiratoria y fue trasladada a la unidad de cuidado intensivo en donde se conecta a ventilación mecánica en modo SIMV. Además se le colocó un catéter de Swan Ganz cuya primera medición era consistente con un cuadro hiperdinámico y una disfunción cardíaca discreta. Ante la persistencia de los infiltrados pulmonares se decidió iniciar corticoides, 250 mg diarios de Metilprednisolona, con diagnóstico de neumonía intersticial difusa secundaria a la quimioterapia y radioterapia. La paciente recibió antibióticos y anfotericina B por 14 días, la fiebre desapareció y se decidió, dados los cultivos negativos y la desaparición de la fiebre, suspender el régimen antibiótico. Tres días después inicia un cuadro febril nuevamente, se toman nuevos hemocultivos que fueron negativos, se toman nuevos exámenes y se decide reiniciar tratamiento con múltiples antibióticos y nuevamente anfotericina B. Se realiza una nueva broncoscopia y del lavado bronco alveolar se realizan nuevas pruebas que revelan *Stenotrofomonas maltophilia*. El PCR es negativo para tuberculosis, CMV y Herpes. Tiene un cultivo positivo para influenza A, razón por la cual se adiciona oseltamivir.

Tres días después (día -28 pos-trasplante) presenta una lesión nodular con centro oscuro en la región media e interna de la pierna derecha, de 3 cm de diámetro; y dos días después aparecen nuevas lesiones similares alrededor del muslo izquierdo y el abdomen. Durante todo este periodo de tiempo la paciente persistió con una neutropenia importante, alrededor de 480 a 600 neutrófilos totales.

© 2011 Asociación Colombiana de Infectología.

Calle 118 No. 15-24 Oficina 503, Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono 215 3714 y 215 3517

 e-Mail
acin@etb.net.co