



Trasplante Pulmonar en Paciente Testigo de Jehovah: Reporte de Caso, Primero en Latino América

W. Martínez^{1,2}, F. Sanabria^{1,2}, M. Velazquez^{3,2}, D. Bautista^{4,2}, I. Cujíño^{5,2}, E. Tafur², D. Arboleda², D. Palma², J. Lores⁶, M. Aguirre⁶, L. Fernández-Trujillo^{1,2}

¹Depto M. Interna, Neumología. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi. ³Cirugía de Tórax, ⁴C. Crítico, ⁵Depto Anestesia, ⁶C. de Investigaciones Clínicas. Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia

Introducción

La Enfermedad pulmonar crónica es la 3ª causa de muerte mundial. El trasplante pulmonar (TP) salva la vida en EP avanzada terminal cuando se agotan alternativas disponibles. El sangrado es una complicación común y terapias como ECMO en TP, se acompañan de alto riesgo de sangrado. Los T. Jehovah se rehúsan a recibir p. sanguíneos por convicciones religiosas, generando retos éticos y medico-legales a los grupos de TP. Hay varias medidas para garantizar Qx sin sangrado, hemodilución normovolemica, salvamento celular y adm. de antifibrinolíticos. Existen pocos casos descritos de TP en T Jehovah. Presentamos el 1 caso exitoso reportado en LA.

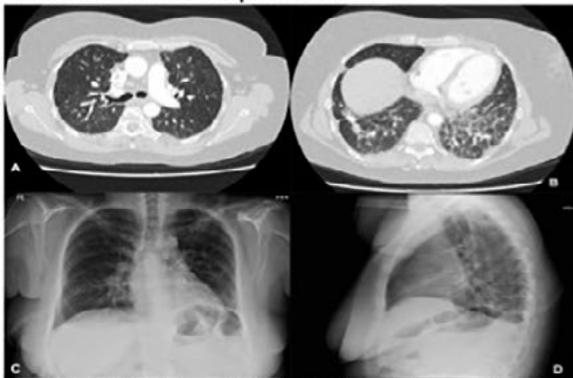
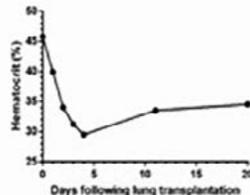
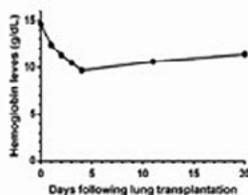


Figura 1A, B.TAC de tórax antes del trasplante, con engrosamiento septal y opacidades en vidrio esmerilado. C, D. Rx de tórax 8 días después del trasplante donde se aprecian infiltrados perihiliares con los cuales se hizo diagnóstico de



Material y métodos

Revisión Historia/Clinica

Caso Clínico

M, 48A, T Jehovah, tos, disnea por 8A, con deterioro de estado funcional y mala calidad de vida, con O2 suplementario. Estertores finos bilaterales. TAC/tórax: Engr. septal sin gradiente apico-basal, vidrio esmerilado difuso. P de F P: CVF44%, VEF144%, VEF1/CVF83%, DLCO-31%, caminata/6m 422m(73%), PO2 91.3mmHg, PCO2 55.1mmHg. FR(+), Hb14,2, F renal normal, pruebas de enf. autoinmune (-). Bx pulm: Patrón NIU, situación que con su cuadro clínico y funcional, clasificaba para TP. Se tuvo en cuenta su condición religiosa, se discutió con C de ética y se planearon estrategias de manejo. Fue admitida para T unipulmonar. T.Qx:135min, T/isquemia:230min, no ECMO, Sangrado:350ml. Salvamento celular en Qx:483cc, A-tranexámico/1gr. No complicaciones intraoperatorias. Tuvo extubación temprana, disfunción primaria del injerto tipo/1 transitoria. Est UCI/4d, T/hosp 13d. La Hb egreso 10.6gr/dl.

Conclusiones

El sangrado es una complicación común en TP. En T Jehovah, se deben usar medidas para evitar/reducir la necesidad de transfusiones. En nuestro caso, se prefirió el TP unipulmonar que tiene menos riesgos de sangrado con un desenlace exitoso desde todo punto de vista.

Bibliografía

Grande AM, et al.Lung transplantation in a Jehovah's witness. Case report in a twinning procedure. The Journal of Cardiovascular Surgery, vol. 44, no. 1, 2003