

## SHOCK SÉPTICO FATAL ASOCIADO A CONTAMINACIÓN BACTERIANA DE PLAQUETAS POR ESCHERICHIA COLI

O. Arijá<sup>a</sup>, A. de Andrés<sup>a</sup>, N. Díaz Varela<sup>a</sup>, J. Blanco<sup>b</sup>, P. Alonso<sup>c</sup>, E. Lavilla<sup>a</sup>, D. Álvarez<sup>a</sup>, J. Arias<sup>a</sup>, J.L. López Losada<sup>a</sup>, J.M. Paz Carreira<sup>a</sup>, M. Varela<sup>a</sup> y M.A. González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hematología, Complejo Hospitalario Xeral Calde. <sup>b</sup>Microbiología y Parasitología, Facultad de Veterinaria, Universidad Santiago de Compostela. <sup>c</sup>Microbiología, Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo.

**Introducción:** La contaminación bacteriana constituye el riesgo infeccioso más frecuente asociado a la transfusión, especialmente de concentrados de plaquetas (CP) debido a su almacenamiento a 22°C. La estimación de la incidencia real de sepsis por transfusión es imprecisa, al tratarse de una complicación probablemente infradiagnosticada debido a las condiciones clínicas subyacentes del receptor y a la sintomatología similar a reacciones mediadas inmunológicamente por leucoaglutininas o citoquinas.

**Caso Clínico:** Varón de 64 años diagnosticado de Leucemia Mieloblástica Aguda M7 de la FAB en remisión completa tras el 1<sup>er</sup> ciclo quimioterápico (QT) de inducción. Durante el tratamiento de consolidación desarrolla síndrome febril prolongado por infección polimicrobiana del catéter venoso central, por lo que recibía tratamiento con cefepime, amikacina, teicoplanina, metronidazol y fluconazol. Había presentado en dos ocasiones previas reacciones febriles con tiritona asociadas a la transfusión de plaquetas. El día 24 postQT llevaba 72 horas afebril, sin evidenciarse crecimiento en los hemocultivos extraídos 5 días antes. Tenía un hemograma con: Hb 89 gr/L, Leucocitos  $0,6 \cdot 10^9/L$ , Neutrófilos  $0,3 \cdot 10^9/L$ , Plaquetas  $13 \cdot 10^9/L$ . Se indicó transfusión profiláctica de un CP de aféresis, irradiado y almacenado durante 3 días. Inmediatamente tras el inicio de la transfusión, el paciente (pac) desarrolla una importante tiritona que describía como "idéntica a las presentadas en ocasiones anteriores", desapareciendo la clínica tras la interrupción del proceso. Se reinicia la transfusión repitiéndose el episodio, con la suspensión definitiva de la misma tras infundir un total de 75 ml del producto. Al cabo de una hora presenta una temperatura de 40°C asociada a signos progresivos de shock séptico refractarios a terapia intensiva, falleciendo a las 17 horas de inicio del cuadro.

**Resultados:** Se realizó cultivo inmediato del CP comunicándose crecimiento de Escherichia coli a las 19 horas de su extracción. Tres días después se objetivó el aislamiento de la misma especie bacteriana en los hemocultivos del pac. Ambas presentaban idéntico serotipo (O1: H-) y genes de virulencia, así como el mismo patrón de electroforesis en campos pulsados, confirmándose la identidad de las dos cepas. No se detectó crecimiento microbiológico en el concentrado de hematíes y la unidad de plasma procedentes de la misma donación. El donante fue investigado, realizándose historia clínica y exploración física, sin identificarse foco bacteriémico.

**Conclusiones:** Es importante estar alerta y considerar la posibilidad de contaminación bacteriana cuando se investiga una reacción transfusional febril, particularmente en el caso de transfusión de CP. Nuestra experiencia confirma la necesidad de implementar el desarrollo de medidas adicionales para disminuir el riesgo de contaminación bacteriana de los hemoderivados.