

Hemorragia Pulmonar en una Paciente con Lupus Eritematoso Sistémico

Cristina ESPINA, M. SARDIÑA

INTRODUCCION

El compromiso pulmonar en el lupus eritematoso sistémico (LES) abarca una serie de síndromes clínicos que incluyen pleuresía, atelectasia, neumonitis aguda y fibrosis intersticial crónica. El síndrome de hemorragia pulmonar es una variante poco común de la neumonitis lúpica aguda, con alta mortalidad. En la bibliografía recopilada por el Index Medicus entre los años 1978 y 1983 sólo se describen 21 pacientes con hemorragia pulmonar causada por neumonitis lúpica aguda, con cuatro casos de sobrevida. Presentamos una enferma con hemorragia pulmonar por esta causa que está en remisión clínica y humoral tres años y medio después del episodio inicial de grave insuficiencia respiratoria.

Descripción del caso

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad, que ingresó al servicio de clínica médica el día 22-11-80 con un cuadro febril de comienzo brusco, de cinco días de evolución, acompañado de tos con expectoración hemoptoica, disnea progresiva, poliartralgias y hematuria macroscópica.

Cinco años atrás había presentado petequias y edemas en miembros inferiores hasta la raíz del muslo, que desaparecieron espon-

táneamente. Dos años atrás había tenido edema en la cara y eritema en alas de mariposa. Hace cinco meses comenzó con dolor y edema en todas las articulaciones, en forma migratriz, sin deformaciones residuales.

Al ingreso presentó palidez de piel y mucosas, púrpura en los miembros inferiores, y signos de severo compromiso respiratorio: disnea de reposo, cianosis, rales húmedos en ambos campos pulmonares. Pocas horas después de internada empeoró su cuadro respiratorio, con hemoptisis abundante y marcada insuficiencia ventilatoria. Se la trasladó a la sala de terapia intensiva. El laboratorio mostró pruebas de coagulación normales y confirmó la presunción clínica de LES (Tabla 1). La radiografía de tórax mostró áreas algodinosas múltiples, diseminadas y confluentes, más evidentes en los campos medios de ambos pulmones (Figura 1), derrame pleural bilateral y aumento del área cardíaca global. Se indicó tratamiento parenteral con 8 mg de dexametasona cada seis horas. Se obtuvo una rápida mejoría clínica, cediendo la hemoptisis y la disnea subjetiva al tercer día de iniciado el tratamiento. Las radiografías de tórax también evidenciaron buena evolución (Figura 2).

Se continuó con prednisona oral (60 mg por día), y cinco días después del ingreso, la paciente estaba asintomática. Se le dió el alta para reinternarse al mes siguiente, realizándose una punción biopsia renal, informada como "glomerulonefritis membranosa".

* Servicio de Clínica Médica, Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" - 8000 Bahía Blanca

COMENTARIO

La enferma presentaba manifestaciones clínicas y humorales de LES (Tabla 2) (1), con compromiso cutáneo, articular, renal y hematológico, pero consultó por síntomas respiratorios que rápidamente evolucionaron a una insuficiencia grave. En un enfermo con LES y que tiene hemoptisis e infiltrados pulmonares, resulta muy difícil descartar otras causas de neumopatía (1); fundamentalmente infecciosas. En el presente caso, se atribuyó la hemorragia pulmonar a la enfermedad de base, sin complicaciones agregadas dado que la enferma no tenía diagnóstico de LES antes de su internación y estaba virgen de tratamiento. No se utilizaron antibióticos al ingreso ni posteriormente, dado la negatividad de los exámenes bacteriológicos efectuados, y recibió solamente corticoides; ello hace suponer que la hemorragia pulmonar en cuestión tuvo como etiología al LES.

DISCUSION

En 1978, Eagen (2) presentó cuatro casos de hemorragia pulmonar en LES, haciendo la descripción clínica y patológica de los hechos observados, como así también consideraciones acerca de su posible patogenia. Sus observaciones histológicas, estudios inmunológicos y ultraestructurales, sustentan la hipótesis del depósito de complejos

inmunes como responsable de daños anatómicos en la neumonitis lúpica hemorrágica. En su revisión de la literatura, mencionan sólo catorce casos publicados en los que el diagnóstico de neumonitis lúpica hemorrágica se efectuó en vida de los pacientes; solamente cuatro sobrevivieron al cuadro agudo, habiendo fallecido los restantes por insuficiencia respiratoria atribuible directamente a la hemorragia, o por complicaciones inmediatas (tromboembolismo pulmonar, infección, etcétera). A posteriori, Mintz (3) describió siete pacientes con este cuadro, de los cuales todos fallecieron. Estas observaciones dan clara idea de la gravedad de la enfermedad; y es de hacer notar que en los casos en que se superó el episodio agudo de insuficiencia respiratoria, el pronóstico mediano de los pacientes corre paralelo al grueso de la población que padece LES, en gran medida condicionado por la afectación renal. La enferma presentada superó el cuadro de insuficiencia respiratoria con el cual se manifestó su LES, con esteroides suprarrenales como única medicación, lo que es consistente con la naturaleza inmunológica de la lesión. La neumonitis aguda retrogradó rápidamente en forma total y no influyó en el pronóstico de la enferma. La evolución posterior corresponde a la de un LES con lesión renal no proliferativa, hecho que se confirmó por biopsia.

Tabla 1. Datos Iniciales de Laboratorio

Hb	10 g %	Células LE (+)	
Leucocitos	7.300/mm ³	C ₃	75 mg % (Normal 100-150 mg %)
Plaquetas	180.000/mm ³	C ₄	37 mg % (Normal 40-70 mg %)
VSG	136 mm (1 ^o h.)	TP	12 s
Uremia	0.96 mg %	KPTT	27 s
Orina: Proteinuria intensa			
Baciloscopía y bacteriología de esputo: Negativas			
Hemocultivos (3): Negativos.			

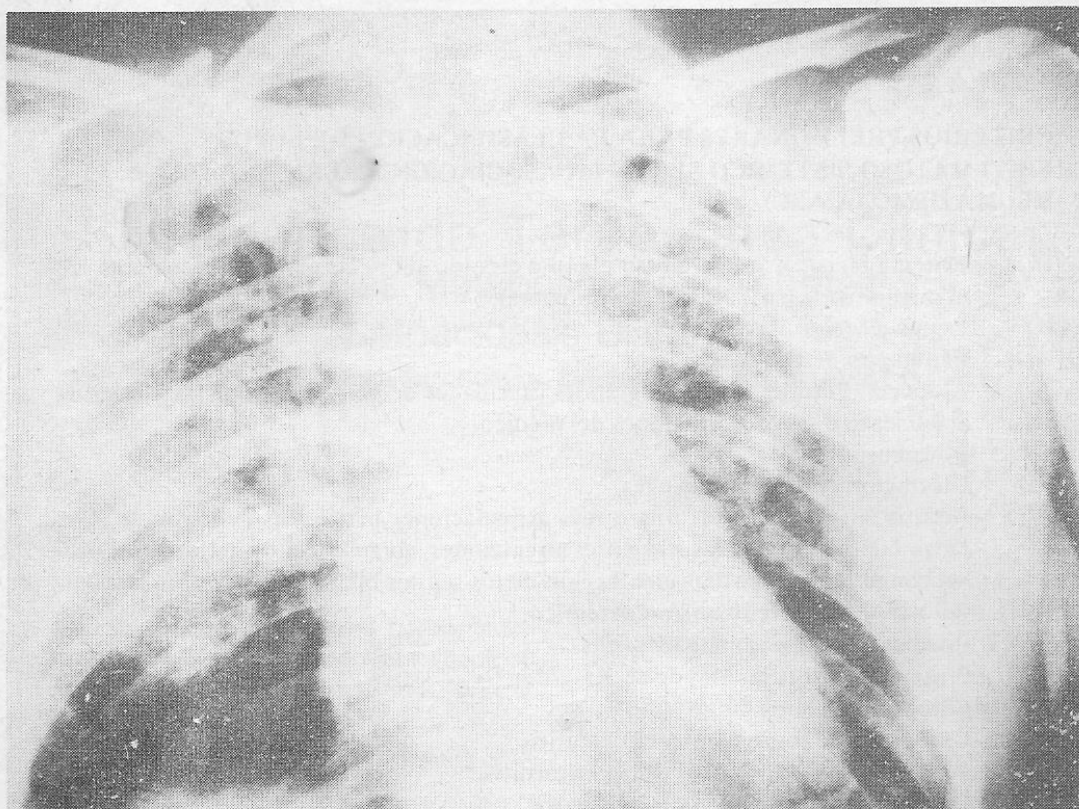


Figura 1

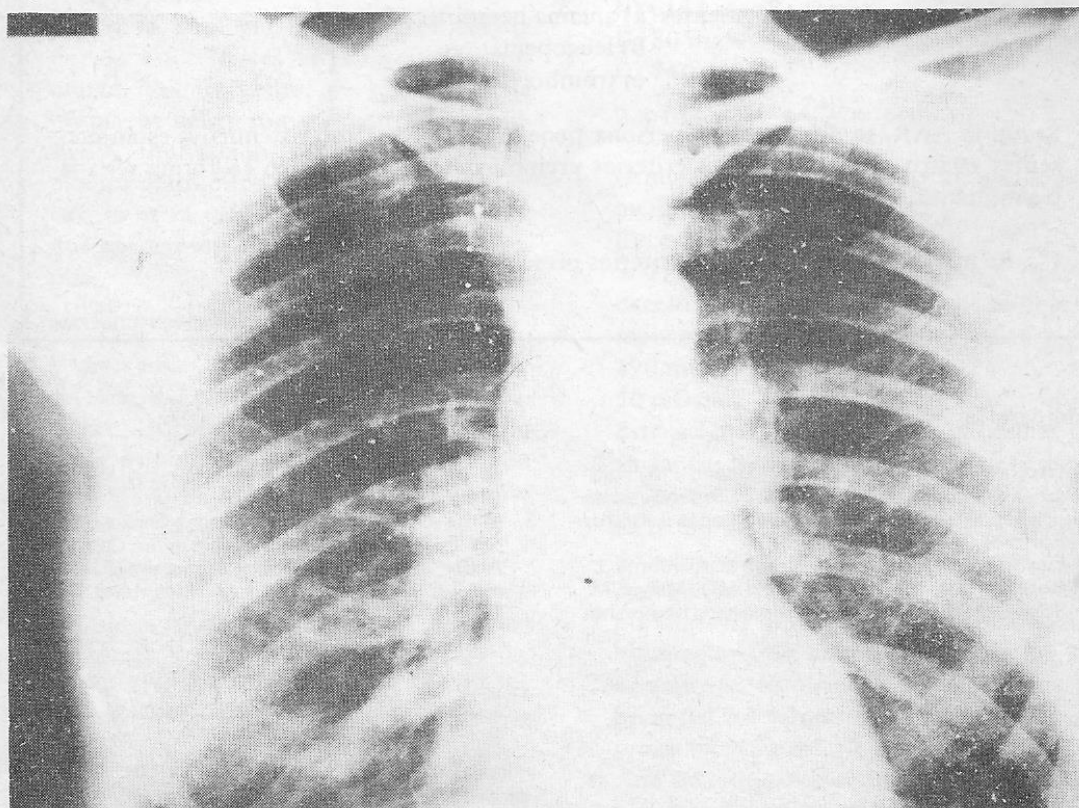


Figura 2

TABLA 2

CRITERIOS PRELIMINARES PARA LA CLASIFICACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO SEGUN LA ASOCIACION AMERICANA DE REUMATISMO (A.A.R.)

- I) Eritema facial: Eritema difuso plano o elevado sobre las eminencias malares y/o el puente de la nariz. Puede ser unilateral.*
- II) Lupus discoide.
- III) Fenómeno de Raynaud.
- IV) Alopecia: Pérdida rápida de grandes cantidades de pelo sea por historia referida al paciente o por observaciones del médico.
- V) Fotosensibilidad.
- VI) Ulceración oral o nasofaríngea.
- VII) Artritis sin deformidad: una o más articulaciones periféricas deben estar afectadas con algunas de las siguientes alteraciones, en ausencia de deformidad: dolor con el movimiento y tumefacción de los tejidos blandos.*
- VIII) Células de lupus eritematoso sistémico.*
- IX) Pruebas falsas positivas para sífilis.
- X) Proteinuria profusa: Mayor de 3.5 g/día.*
- XI) Cilindros celulares.*
- XII) Una o más de los siguientes: a) Pleuritis
b) Pericarditis.*
- XIII) Una o más de los siguientes: a) Psicosis
b) Convulsiones
- XIV) Una o más de los siguientes: a) anemia hemolítica.*
b) leucopenia
c) trombocitopenia.*

Según la AAR, se dice que una persona tiene lupus eritematoso sistémico si están presentes cuatro cualquiera de los criterios preliminares de diagnóstico en forma seriada o simultánea.

(*) Se marcan con asteriscos los criterios presentes en la enferma citada.

Bibliografía

1. García Morteo O, Arana RM, Cossio PM, Hub-scher O, Porrin AA, Roux ME: Enfermedades del tejido conectivo, Editorial Lopes Libreros Editores, Buenos Aires, 1980.
2. Eagen JW, Vincent A, Memoli MD, Jimmy L, Roberts MD, Guy R, Matthew MD, Melvin M, Schwartz MD, Lewis EJ: Pulmonary hemorrhage in systemic lupus erythematosus. *Medicine (Baltimore)* 57: 545, 1978.
3. Mintz O, Galindo L, Fernández Díez A, Giménez F, Robles Saavedra E, Enriquez Castilla R: Acute massive pulmonary hemorrhage in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 5: 39, 1978.