

REUMATOLOGIA BASICA

Caso clínico Nº 10

Mujer de 38 años con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de 8 años de evolución y enfermedad renal crónica etapa 5 en hemodiálisis, en tratamiento con hidroxiclo-roquina 200 mg/d y prednisona 10 mg/d. Además, portadora de trombofilia por déficit de proteína C en tratamiento con neosintrón.

Ingresa por cuadro febril agudo siendo hospitalizada en UPC por neumonía multilobar grave por COVID-19 y sepsis de foco pulmonar por *P. carinii* y *Aspergillus*. En sus exámenes de ingreso destacaba Hb 10g/dL, normo-normo, GB 20.450 mm³, plaquetas 503.000 mm³, VHS 93 mm/hr, PCR 6.0 mg/dl. Evoluciona con episodios de metrorragia y hematoma glúteo con necesidad de transfusiones, ascenso de INR a 6, por lo que se suspende anticoagulación.

La paciente evolucionó favorablemente, con resolución radiológica de neumonía quedando con escasas secuelas pulmonares y resolución de hemorragias visibles. Sin embargo, persistía con anemia severa y linfopenia, requiriendo transfusiones de glóbulos rojos en ausencia de sangrado evidente. Al examen físico se aprecia alopecia, úlceras orales y paniculitis en borde interno de ambas rodillas. Laboratorio: Hb 6.5 g/dl, Hcto 19.5%, IR 1.1%, niveles de B12 y folatos normales, test de Coombs directo (-), ANA 1/1280, Anti DNA (-), C3 86 mg/dL, C4 13.5 mg/dL. Con la sospecha de reactivación del LES se inició tratamiento con prednisona 0,5 mg/kg e hidroxiclo-roquina 200 mg, logrando estabilización del estado general y anemia. Posteriormente, la paciente presentó un cuadro agudo de disnea sin fiebre, dolor torácico ni hemoptisis. Al examen pulmonar se apreciaban crepitaciones bilaterales. El laboratorio muestra hipoxemia y caída brusca de Hb y hematocrito sin sangrado evidente, INR 1.4, fibrinógeno 230 mg/dl, VHS 30 mm/hr, PCR 3.0 mg/dl. Se realiza Angio-TC tórax que mostró infiltrados alveolares bilaterales y áreas en vidrio esmerilado, sin evidencia de tromboembolismo pulmonar. La fibrobroncoscopia con

lavado bronco alveolar demostraron presencia de 30% de hemosiderófagos en 200 células, compatible con hemorragia alveolar difusa (HAD). Cultivo (+) para *S. Viridans* y *K. Oxytoca*, cultivo hongos (-), Galactomanano (-), GeneXpert TBC (-). Se realiza ecocardiograma que muestra insuficiencia mitral e hipertensión pulmonar severa. Estudio de SAF (-), c-ANCA (+) 1/20, ANCA ELISA MPO y PR3 negativos.

¿Cuál piensa usted que podría ser la causa de la hemorragia pulmonar en esta paciente?

- A. HEMORRAGIA ALVEOLAR BLANDA DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA
- B. HEMORRAGIA ALVEOLAR POR VASCULITIS ANCA
- C. HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A LES.
- D. HEMORRAGIA DE VÍA AÉREA ASOCIADA A ANTICOAGULACIÓN.

Comentario del Caso Clínico de Reumatología Básica (ver en la página 109)