

# RHUPUS (ARTRITIS REUMATOIDE+ LES) CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR AGUDA

MD. MONCADA ISABEL, DR. CEVALLOS STENIO, DR. ULLOA JOSE, DR. JOSE GONZALEZ, DRA. VERA DIANA



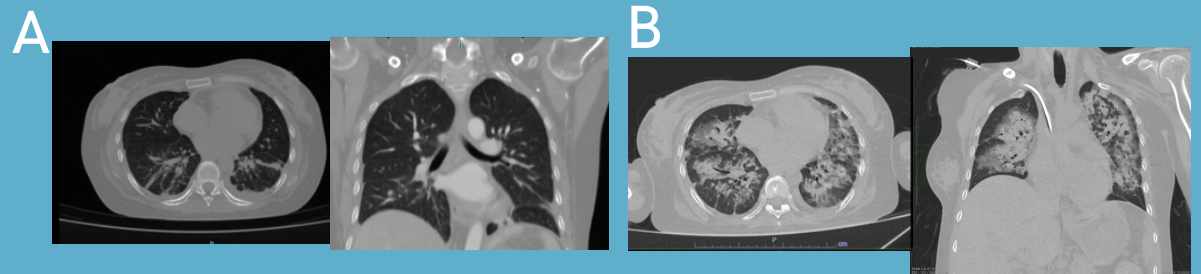
## UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### INTRODUCCIÓN

- LOS PACIENTES CON LES PRESENTAN MANIFESTACIONES PLEUROPULMONARES POR LO MENOS UNA VEZ DURANTE EL CURSO DE SU ENFERMEDAD.
- LA PRESENTACIÓN CLÍNICA ES INESPECÍFICA DESDE FIEBRE, DISNEA, PLEURITIS Y TOS CON MÍNIMA EXPECTORACIÓN. LA BASE DEL TRATAMIENTO SON LOS CORTICOESTEROIDES SISTÉMICOS E INMUNODEPRESORES A DOSIS ALTAS
- EL DIAGNÓSTICO ES DIFÍCIL DEBIDO AL SOLAPAMIENTO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO CON OTRAS CAUSAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN ES LA HERRAMIENTA CLAVE PARA DETECTAR PATRONES

### CASO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES DE ARTRITIS REUMATOIDE, LES E INSUFICIENCIA MITRAL QUE INGRESA A CUIDADOS INTENSIVOS CON DISNEA EN REPOSO E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA QUE INICIALMENTE FUE TRATADO COMO EDEMA AGUDO DE PULMÓN, SIN MEJORÍA COMPLETA DE LOS SÍNTOMAS, ES VALORADO POR LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA Y NEUMOLOGÍA DONDE SE REALIZA ESTUDIOS DE LABORATORIO E IMÁGENES, SE DESCARTA PROCESO INFECCIOSO. DICHSO RESULTADOS FUERON COMPATIBLES CON EPI AGUDA. DONDE SE REALIZÓ MANEJO FARMACOLÓGICO CON CICLOS DE CORTICOIDES Y MICOFENOLATO CON RESPUESTA ADECUADA.



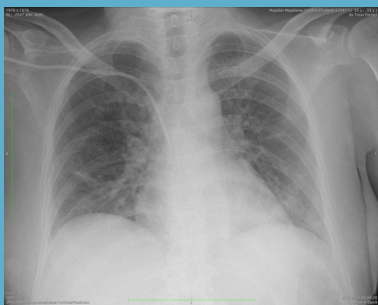
SEROLOGIA E INMUNOLOGIA		01.00	
Consideración con cuadro clínico del paciente	01.00	Cardiolipina Ac. IgG	5.60
	157	Cardiolipina Ac. IgM	24.90
Ac. Antinuclear IF	REACTIVO	Beta 2 Glicoproteína 1 IgG	6.1
		Beta 2 Glicoproteína 1 IgM	35.2
Factor reumatoide	> 200	ANITOCOLIANTELIPICO	
Consideración con cuadro clínico del paciente	600.00	RESUL TACOS	
Anti Sm	196.4	Anticoagulante lipico LA1: 51.6 seg	
		Valor referencial: 30.0 - 38.0	
Ac. Anticardiolipina	698.00	Anticoagulante lipico LA2: 42.5 seg	
Nuevo valor referencial:		Valor referencial: 30.0 - 38.0	
Reagido: <20		ANITOCOLIANTELIPICO CONFIRMATORIO	
Reagido: <100		Razon LAC: 1.21	
Anti SSA (Ro)	> 200	Urit	NEGATIVO: Menor a 15 LIMITE: 15 - 25 POSITIVO: Mayor a 25

D MICROBIOLOGIA	
CULTIVO DE LAVADO BRONCOALVEOLAR	
Tinción de Gram	
Moderados leucocitos polimorfonucleares	
Escasos cocos gram positivo	
Tinción Ziehl neelsen:	
No se observan B.A.A.R en 100 campos microscópicos.	
Cultivo: negativo <10 <sup>4</sup> UFC/ml hasta las 72 horas de incubación	

- A. TAC INGRESO HOSPITAL: ENGROSAMIENTO SEPTAL INTERLOBULILLAR
- B. TAC TORAX: CONSOLIDACIONES PARENQUIMATOSAS CENTRALES BILATERALES
- C. INMUNOLOGIA: CONFIRMANDO ACTIVIDAD DE LES Y ARTRITIS REUMATOIDE
- D. BAL: NEGATIVO

### RESULTADOS

SE DECIDE ALTA POR TERAPIA INTENSIVA PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO CON RESTO DE ESPECIALIDADES HASTA MEJORIA DE PATOLOGIA AGUDA Y PROGRAMAR CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR. POR SERVICIO DE REUMATOLOGIA CONTINUA CON HIDROXICLOROQUINA 200 MG DIA + MICOFENOLATO 500 MG 2 VECES AL DIA DURANTE 1 SEMANA Y LUEGO AGREGAR 500 MG HASTA COMPLETAR 2 G



RX SALIDA DE UCI: OPACIDADES PERIHILARES BILATERALES

### DISCUSIÓN

- PAPERS CLÁSICOS Y REVISIONES (P. E.J. BOUROS ET AL., 2000) DESCRIBEN LA EIPA (HAMMAN-RICH) COMO ENTIDAD CLÍNICA-PATOLÓGICA CON SERIES PEQUEÑAS Y ELEVADA MORTALIDAD.
- VARIOS ESTUDIOS HAN OBSERVADO QUE MUCHOS PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACTIVO PRESENTARON NIVELES NORMALES DE PROTEÍNA C REACTIVA, COMO EN EL CASO DE NUESTRO PACIENTE EN ESTOS PACIENTES, SOLO SE OBSERVÓ UNA MARCADA ELEVACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA DURANTE EPISODIOS INFECCIOSOS CONFIRMADOS.
- DATOS RECIENTES TAMBIÉN SUGIEREN LA AUSENCIA DE CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PROCALCITONINA Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, CON NIVELES ELEVADOS DE PROCALCITONINA ( $\geq 0,5$  MG/L), LO CUAL ES FUERTEMENTE INDICATIVO DE INFECCIÓN BACTERIANA EN EL CONTEXTO DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.
- AL SER UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN, LAS INVESTIGACIONES DEBEN CENTRARSE PRIMERO EN DESCARTAR INFECCIÓN, EMBOLIA PULMONAR, TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR FÁRMACOS, NEUMONÍA ORGANIZADA, HEMORRAGIA ALVEOLAR, INSUFICIENCIA CARDÍACA Y NEOPLASIA MALIGNA

### BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILERA-PICKENS G, ABUD-MENDOZAC. PULMONARY MANIFESTATIONS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: PLEURAL INVOLVEMENT, ACUTE PNEUMONITIS, CHRONIC INTERSTITIAL LUNG DISEASE AND DIFFUSE ALVEOLAR HEMORRHAGE. REUMA-TOL CLIN(ENGL ED). 2018;14(5): 294-300. DOI:HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.REU-MA.2018.03.012
2. KIM JS, LEE KS, KOH E-M, ET AL. THORACIC INVOLVEMENT OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: CLINICAL, PATHOLOGIC, AND RADIOLOGIC FINDINGS. J COMPUT ASSIST TOMOGR 2000;24:9-18.
3. TORRE O, HARARI S. PLEURAL AND PULMONARY INVOLVEMENT IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. LA PRESSE MED 2011;40:E19-29.
4. ASSAN F, SEROR R, MARIETTE X, ET AL. NEW 2019 SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS EULAR/ ACR CLASSIFICATION CRITERIA ARE VALUABLE FOR DISTINGUISHING PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS FROM PATIENTS WITH PSS ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES;216222.
5. HANNAH JR, D'CRUZ DP. PULMONARY COMPLICATIONS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. SEMIN RESPIR CRIT CARE MED. 2019 APR;40(2):227-234. DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.1055/S-0039-1685537
6. CARRILLO ESPERR, PEÑA PÉREZC. NEUMONITIS LÚPICA UNILATERAL. MED INT MEX. 2012;28(4): 374-379. ACCESIBLEEN:HTTPS://WWW.MEDIGRAPHIC.COM/PDFS/MEDINTMEX/MIM-2012/MIM124M.PDF.
7. GÓMEZ CARRERA L, BONILLA HERNAN G. PULMONARY MANIFESTATIONS OF COLLAGEN DISEASES. ARCH BRONCHOPULMONOL 2013; 49(6):249-60. DOI: HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.ARBR.2012.11.005
8. SERIO I, ARNAUD L, MATHIAN A, ET AL. CAN PROCALCITONIN BE USED TO DISTINGUISH BETWEEN DISEASE FLARE AND INFECTION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. CLIN RHEUMATOL 2014;33:1209-15 HTTPS://DOI.ORG/
9. HAYE SALINAS MJ, CAEIRO F, SAURIT V, ALVARELLOS A, WOJCYLA D, SCHERBARTH HR, ET AL. PLEURO-PULMONARY INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS FROM A LATIN AMERICAN INCEPTION COHORT (GLADEL). LUPUS. 2017;26:1368-77.
10. BERNATSKY S, BOVIN JF, JOSEPH L, MANZI S, GINZLER E, GLADMAN DD, ET AL. MORTALITY IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. ARTHRITIS RHEUM. 2006;48:2550-7. KINDER BW, FREEMER MM, KING TE JR, LUM RF, NITITHAM J, TAYLOR K, ET AL. CLINICAL AND GENETIC RISK FACTORS FOR PNEUMONIA IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS.
11. ARTHRITIS RHEUM. 2007;46:2679-86.

### CONCLUSIONES

- EN RESUMEN, LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES REPRESENTAN UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEBIDO A SU VARIABILIDAD ETIOLÓGICA Y CLÍNICA
- ESTE CASO ILUSTR LA NECESIDAD DE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO EN UN PACIENTE AFECTO DE LES CON MANIFESTACIONES PLEURO-PULMONARES, ASÍ COMO LA NECESIDAD DE INICIAR UN TRATAMIENTO LO MÁS PRECOZ POSIBLE DADA LA ELEVADA MORTALIDAD DE DETERMINADAS COMPLICACIONES RELACIONADAS.