

Hemorragia pulmonar prolongada y glomerulonefritis extracapilar en el lupus eritematoso sistémico tardío

R. Enríquez, F. Amorós, J. B. Cabezuelo y C. González

Sección de Nefrología. Hospital General de Elche. Universidad de Alicante.

Señor director:

Los pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES) en la sexta década de la vida, o más tarde, lupus eritematoso sistémico tardío (LEST), se han considerado como un grupo especial. Sus características particulares incluyen: comienzo insidioso, retraso en el diagnóstico, predominio de manifestaciones pleuropericárdicas y articulares, así como una menor incidencia y severidad de la afectación renal^{1, 2}.

Comentamos una paciente con LEST que debutó con hemorragia pulmonar y que desarrolló una glomerulonefritis rápidamente progresiva.

Mujer de sesenta y tres años que comenzó cuatro meses antes de su ingreso con hemoptisis. Posteriormente se añadieron fiebre y poliartritis. Por persistencia de la sintomatología se remitió a nuestro hospital. En la exploración física sobresalía la presencia de aftas bucales. De las determinaciones analíticas destacaban: VSG, 130; anemia sin datos de hemólisis; plaquetas y coagulación normales; creatinina sérica, 389 micromol/l; proteinuria de 1 g/día; sedimento con microhematuria y leucocituria. Cultivos de sangre y orina negativos. ANA + 1/80, anti-DNA + 1/40, C3 y C4 normales, VDRL, factor reumatoide, anticuerpos anti-SS-A, anti-SS-B, anti-Sm, anti-ENA y anti-MBG negativos. La radiografía de tórax reveló un patrón intersticial en ambas bases sin cardiomegalia. En la broncoscopia se observaron restos hemáticos en bronquio inferior derecho y llingula. Los cultivos del aspirado de broncoscopia y de esputo para bacilos ácido-alcohol resistentes, así como la citología para células malignas, fueron negativos. Los riñones eran ecográficamente normales. La biopsia renal (22 glomérulos) mostró una glomerulonefritis prolife-

rativa difusa extracapilar con semilunas fibrocelulares en más del 80 % de los glomérulos, exudación de leucocitos, cariorrexis, necrosis fibrinoide en arteriolas e infiltrado intersticial mononuclear. Con inmunofluorescencia se encontraron depósitos granulares de C3, C4, C1q, IgG e IgA en paredes capilares y mesangio.

La paciente fue tratada con tres bolus de 1 g de metilprednisolona, y después prednisona oral 1 mg/kg/día y azatioprina 2 mg/kg/día. La evolución fue buena, con mejoría de la función renal y desaparición de la hemoptisis y los hallazgos radiológicos. En una revisión a los nueve meses la creatinina se mantiene estable en torno a 220 micromol/l y no hay recurrencia de los signos pulmonares.

La hemorragia pulmonar es una manifestación inicial infrecuente en el LEST³⁻⁵. Suele darse en pacientes más jóvenes y con frecuencia es fatal. Sin embargo, a veces, como en este caso, sigue una evolución más prolongada y benigna^{6, 7}. La hemorragia pulmonar en el LEST puede diagnosticarse sin examen histopatológico si hay otros datos clínicos o analíticos típicos y una buena respuesta a los esteroides⁵, como en esta paciente. Y, por otra parte, excluimos otras posibilidades como hipervolemia, sepsis y anomalías de la coagulación.

Aparte de esta comunicación, la glomerulonefritis proliferativa difusa en el LEST se ha documentado histológicamente pocas veces⁸⁻¹⁰. Este caso apoya que en el LEST puede darse una forma severa de nefropatía y que pueden estar justificadas medidas diagnósticas y terapéuticas tan agresivas como en los pacientes jóvenes.

Bibliografía

1. Baker SB, Rovira JR, Campion EW y Mills JA: Late onset Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Med* 66:727-732, 1979.
2. Wilson HA, Hamilton ME, Spyker DA y cols.: Age influences the clinical and serologic expression of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum* 24:1230-1235, 1981.

Correspondencia: Dr. R. Enríquez.
Sección de Nefrología.
Hospital General de Elche.
Huertos y Molinos, s/n.
Elche (Alicante).

3. Kuhn C: Systemic Lupus Erythematosus in a patient with ultrastructural lesions of the pulmonary capillaries previously reported in the review as due to idiopathic pulmonary hemosiderosis. *Am Rev Resp Dis* 106:931-932, 1972.
4. Byrd RB y Trunk G: Systemic Lupus Erythematosus presenting as pulmonary hemosiderosis. *Chest* 64:128-129, 1973.
5. Leatherman JW, Davies SF y Hoidal JR: Alveolar hemorrhage syndromes: Diffuse microvascular lung hemorrhage in immune and idiopathic disorders. *Medicine* 63:343-361, 1984.
6. Eagen JH, Memoli VA, Roberts JL, Matthew GR, Schwartz MM y Lewis EJ: Pulmonary Hemorrhage in Systemic Lupus Erythematosus. *Medicine* 57:545-560, 1978.
7. Pines A, Kaplinsky N, Olchovsky D, Rozenman J y Frankl O: Pleuro-pulmonary manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: Clinical features of its subgroups. Prognostic and therapeutic implications. *Chest* 88:129-135, 1985.
8. Hashimoto H, Tsuda H, Hirano T, Takasaki Y, Matsumoto T e Hirose S: Differences in clinical and immunological findings of Systemic Lupus Erythematosus related to age. *J Rheumatol* 14:497-501, 1987.
9. Pallarés L, Font J, López Soto A e Ingelmo M: Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío. *Rev Clín Esp* 183:253-254, 1988.
10. Schwartz B y Lacey D: Acute renal failure, anemia and seizures in a 67 year old woman. Clinicopathologic conference. *Am J Med* 88:60-68, 1990.