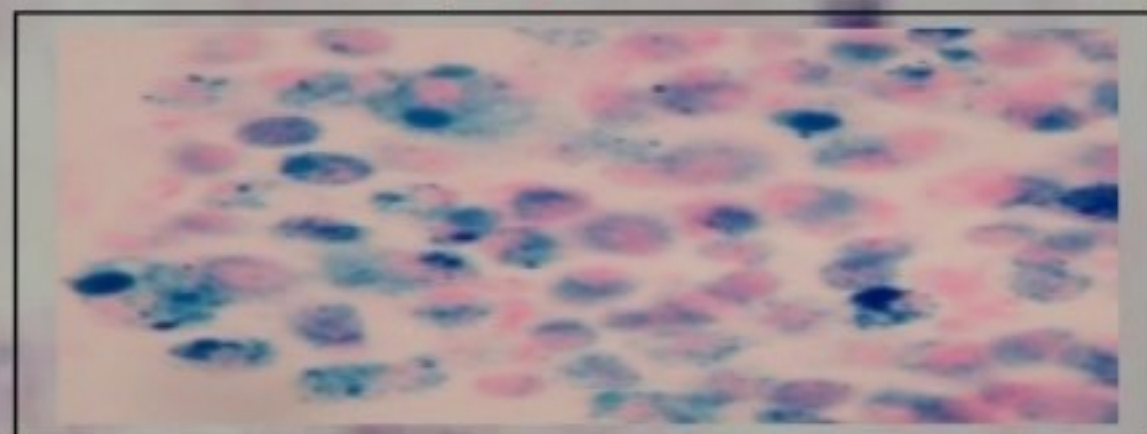


HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.

*Orazi ML; Kahl G; Dubra C; Castro M; Lopez J; Castro Ascurra R;
Romancziuk M; Costabel J; Villarroel J; Benito H; Wainstein E; Las Heras M;
Viudes J; Rodriguez Gimenez J; Svetliza G; Precerutti J*

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA. SECCIÓN NEUMONOLOGÍA



INTRODUCCIÓN:

La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) es una complicación poco frecuente con alta mortalidad. Se presenta como manifestación inicial o en la evolución de diversas condiciones. El diagnóstico es clínico-radiológico confirmándose con la presencia de $> 20\%$ macrófagos cargados de hemosiderina en el BAL. El tratamiento consiste en medidas de sostén e inmunosupresores y/o Plasmaféresis en las de causa inmunológica. La mortalidad varía según las series y causa subyacente entre el 24 y $> 50\%$.

OBJETIVOS. Describir las formas de presentación, las características y de laboratorio y la evolución de los casos de HAD en nuestro hospital

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo (fibrobroncoscopia e historia clínica electrónica), descriptivo y observacional. Se analizaron todos los casos con diagnóstico clínico y anatomopatológico de HAD entre Julio de 2003 y Julio 2013.



RESULTADOS:

Se identificaron **19 pacientes** con diagnóstico de HAD (11 masculinos). Edad media de presentación: 53 años (rango 20-88). Antecedentes: 4 TBQ, 3 ex TBQ. Las **etiologías** fueron: **a) Inmunológica 26%** (Wegener 2, Goodpasture 1, PAM 1, microangiopatía trombótica post parto 1); **b) no inmunológica 68%** (infección 4 -aspergilosis, CMV, Herpes simplex y Acinetobacter B-, LMA 2, Estenosis mitral 1, inhalación tóxicos 1, LAM 1, ICC 2, Coagulopatía 1, TMO 1). Condiciones asociadas: MM 2, Tx renal 2, DBT 2, LNH 1. En un caso (derivado) no fue posible la identificación etiológica. **Presentación clínica: disnea 100%, tos 58%, fiebre 36%, hemoptisis 26%**. Laboratorio: 18 pacientes con Hb < 11 gr/dl (Hb media fue de 9 gr/dl); 7 pacientes insuficiencia renal aguda (5 requirieron hemodiálisis). **Diagnóstico** de HAD se efectuó mediante: análisis citológico de **BAL (100%)**. El diagnóstico etiológico se efectuó mediante la combinación de los hallazgos clínicos, cultivo de BAL y el perfil inmunológico (74%), biopsia renal (16%), en un caso fue necesario realizar biopsia pulmonar. Doce pacientes (63%) cursaron internación en UTI (11 con requerimiento de ARM). El tiempo de internación media en UTI y en Sala fue de 10 y 12 días respectivamente. Un paciente fue derivado y se perdió el seguimiento (sin diagnóstico). Tratamiento: pulsos de metilprednisolona, 4; pulsos de Ciclofosfamida 2; Plasmaféresis 1. **Cuatro (22%) pacientes fallecieron** como consecuencia del **episodio agudo** y **2 pacientes** fallecieron dentro del mes; en

CONCLUSION. En nuestra serie de casos no hubo predominio de sexo, el rango de edad fue amplio. Las principales etiologías fueron no inmunológicas. La principal manifestación clínica fue disnea y la menos frecuente fue hemoptisis. Solo un paciente no presentó anemia. El rédito diagnóstico del BAL para HAD fue alto. Se destaca la baja necesidad de tratamiento en UTI, la baja estancia en internación y la baja mortalidad. Estas diferencias pueden ser atribuidas a las etiologías mencionadas.