

Reporte de un Caso de Anemia Hemolítica Autoinmune en Paciente con Enfermedad Tipo Influenza

A Case Report of Autoimmune Hemolytic Anemia in Patients Influenza-Like Illness

Espínola J., Peña D., Yubero R., Martínez H., Guggiari P., Real R.
Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay)

Caso Clínico:

Varón de 23 años de edad, con cuadro de 4 días de evolución de congestión nasal, rinorrea y cefalea intensa. Dos días después se agrega tos con expectoración hemoptoica, abundante, sensación febril con escalofríos, consulta en centro hospitalario donde queda internado, pero por la disnea intensa es remitido al Hospital Nacional. No refiere cuadro similar anterior. No antecedente de vacunación antigripal.

Antecedentes patológicos personales: no se conoce hipertenso, diabético, asmático ni alérgico. No fuma ni bebe alcohol. Alimentación variada, diuresis y catarsis conservada.

Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, lúcido, con O₂ por máscara facial, taquipneico, con presión arterial 110/40, pulso 117/minuto, 32 respiraciones/minuto, temperatura axilar 40° C.

Al examen físico llamaba la atención el murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, crepitantes en campos medios y subescapulares, soplo tubario en campo medio izquierdo. No sibilancias. Área cardiovascular: ritmo regular, ruidos cardiacos normofonéticos, no soplos ni galope. Resto del examen físico sin alteraciones.

Laboratorio del ingreso: glóbulos blancos: 2100/mm³, neutrófilos 91%, linfocitos 9%, hemoglobina 6,6 g/uL, hematocrito 26,1%, glicemia 122 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, urea 21,4 mg/dL, ALT 10 IU/L, AST: 24 IU/L, fosfatasa alcalina 96 IU/L, bilirrubina total 0,9 mg/dL, sodio 138,0 mEq/L, potasio 3,20 mEq/L, proteína C reactiva 18,6 mg/dL, coagulograma normal. Gasometría arterial: pH 7,48; PCO₂ 23; PO₂ 111,7; HCO₃ 16,9 ; saturación O₂ 98,6%. Electrocardiograma dentro de los límites normales.

Radiografía de tórax: infiltrado con patrón alveolar de los 4 cuadrantes. (Fig. 1 y 2)

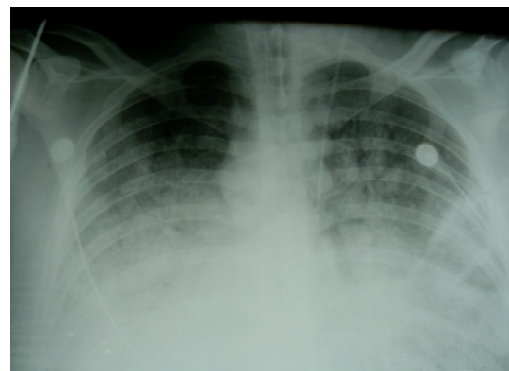
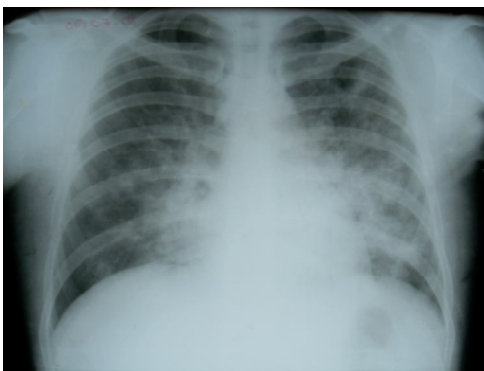


Figura 1: Radiografía de tórax inicial Figura 2. Radiografía de tórax posterior

Evolución: paciente ingresó con O₂ por máscara facial. Al segundo día, se conectó asistencia respiratoria mecánica por esfuerzo respiratorio intenso y desaturación progresiva, requiriendo altos parámetros ventilatorios. Se inició tratamiento con ceftriaxona, ciprofloxacina y oseltamivir. Llamó la atención el descenso de la hemoglobina en los días siguientes. Los estudios para hemólisis mostraron reticulocitos corregidos 1,28; bilirrubina indirecta 0,9 mg/dL; test de Coombs directo positivo; ANA + 1:160 patrón homogéneo; C3: consumido (8 mg/dl). Crioglobulinas, crioaglutininas y criofibrinógeno: negativos. ELISA para VIH: negativo. Cultivo de esputo del ingreso: *Streptococcus viridans* (>10⁶ unidades formadoras de colonias) Hemocultivos negativos; urocultivo negativo. Serología para Influenza A: IgG e IgM negativos (primera muestra).

Ante descenso de la hemoglobina se realizaron tres transfusiones de glóbulos rojos. Se administraron bolos de metilprednisolona por tres días consecutivos.

El paciente evolucionó febril, con glóbulos blancos en ascenso, por lo que al 7^o día se cambiaron antibióticos a imipenem 2g/día más vancomicina 2 g/día, previo pancultivos. Se aisló otro germen en secreción traqueal: *Stafilococcus aureus* meticilina resistente.

Presentó además urea y creatinina en ascenso. Los parámetros gasométricos presentaron tendencia a la acidosis respiratoria. El gradiente presión arterial de O₂ - FiO₂ del ingreso llegó a 62,0 compatible con distrés respiratorio.

Evolución final: al 10^o día de internación requirió altos parámetros ventilatorios: FiO₂ 100 %, PEEP 25, presión límite 35, frecuencia respiratoria 30/minuto. Se observa desaturación progresiva, taquicardia inicial y bradicardia final hasta paro cardiaco. No respondió a las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Diagnósticos finales: Enfermedad tipo influenza, neumonía adquirida en la comunidad grave, probable anemia hemolítica, probable hemorragia pulmonar, probable lupus eritematoso sistémico.

DISCUSIÓN

El reconocimiento de un proceso hemolítico dentro del contexto clínico del paciente sugiere la rápida aparición de síntomas y signos de anemia donde no hay evidencia de pérdida de sangre. La anemia severa determina la palidez, taquicardia y signos de insuficiencia cardiaca. Los cambios laboratorios sugestivos de proceso hemolítico incluyen: Anemia, hiperbilirubinemia a expensa de la indirecta leve, aumento del nivel de LDH, lastimosamente no se dispuso de dopaje haptoglobina ni dopaje de reticulocitos. En más del 95% de los pacientes con hemólisis inmune el test de Coombs es positivo, como en nuestro caso. Este test detecta la presencia de inmunoglobulina o fragmentos de complementos activados, que se adhieren a los glóbulos rojos del paciente acortando la vida media. Este es el mayor mecanismo etiológico de este tipo de anemia habiéndose descartado el síndrome de aglutininas frías ya que el dosaje de crioaglutininas fue negativo y dentro de los anticuerpos calientes cuya óptima reacción es a 37°C, representado en el 70% de los casos, se descartó en forma secundaria la asociación con leucemia linfocítica crónica, linfomas, pero no se puede descartar un Lupus Eritematoso Sistémico por presentar ANA positivo y las fracciones de complemento consumidos. La terapéutica de elección es el régimen apropiado con corticoides, como se instituyó, siendo el lapso de tiempo insuficiente para valorar una respuesta por el deceso del paciente por cuadro infectológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grijalva CG. Estimating influenza hospitalizations among children. *Emerg Infect Dis.* 2006;12:103-9.
2. Jin XW, Mossad SF. Avian influenza: an emerging pandemic threat. *Clev Clin J Med.* 2005;71:1129-34.
3. Kilbourne ED. Influenza pandemics: can we prepare for the unpredictable? *Viral Immunol.* 2004;17:350-7.
4. Palese P. Influenza: old and new threats. *Nat Med.* 2004;10: S82-7.
5. Taubenberger JK, Morens D. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis.* 2006;12:15-22.
6. Chan PK. Outbreak of avian influenza A (H5N1) virus infection in Hong Kong in 1997. *Clin Infect Dis.* 2002;34:S58-64.