NECESITAMOS MÁS TIEMPO: USO DE ECMO VV EN SD. RIÑÓN PULMÓN ASOCIADO A VASCULITIS ANCA COMO PUENTE A LA TERAPIA INMUNOSUPRESORA. REPORTE DE CASO.

Cristián Vargas-Cárdenas[1], Jerónimo Graf-Santos[1], Gabriel Garat-Valenzuela[1], René López-Hernandez[1], Sofía Leighton-Swaneck[1], Romina Valenzuela-Cerda[1]

1. Clínica Alemana De Santiago

INTRODUCCIÓN:

El síndrome riñón-pulmón (SRP) es una entidad clínica infrecuente y de alta mortalidad. Se estima que el 70% de los casos corresponden a vasculitis asociada a ANCAy 20% a anticuerpos anti membrana basal. Cerca del 40% de los pacientes evolucionan con falla respiratoria y renal grave que requieren ingreso a UCI. Incluso con el desarrollo de nuevas terapias podría alcanzar una mortalidad hasta 50-70%. Aunque el uso de ECMO se ha considerado contraindicado por el riesgo de sangrado en hemorragia alveolar difusa, éste se ha utilizado como puente mientras estrategias inmunosupresoras logran el control de la enfermedad.

DESARROLLO:

Reportamos el caso de paciente masculino 47 años, sin antecedentes, que consulta por cuadro de 1 mes de evolución de poliartralgias, CEG, tos y disnea. Durante su hospitalización evoluciona de forma tórpida agregando hemoptísis y falla renal aguda asociada a microhematuria. En TAC destaca la presencia de infiltrado en vidrio esmerilado bilateral. Ingresa a UCI para VMI y TRR. Se plantea SRP y una vez descartado cuadro infeccioso se inicia metilprednisolona 1,5 g en 3 días. Evoluciona con mayor compromiso ventilatorio; PAFI 65 con FiO2 100% y PEEP 14 cmH2O en posición prono. Se solicita ECMO móvil a UGCC y se traslada a nuestro centro en ECMO VV FY sin anticoagulación. LBA compatible con hemorragia alveolar, descarta patología infecciosa. Se inicia metilprednisolola 1g/día por 3 días, ciclofosfamida 1g EV, plasmaféresis y luego rituximab. Del estudio destaca ANCA PR3 (+) título 65 U/mL y AntiMb basal (-). Se logra control de la enfermedad y mejoría de falla respiratoria, por lo que luego de 6 días se logra salida de ECMO VV. Terapia de mantención con prednisona y ciclofosfamida. Seguimiento linfocitos CD19 = 0 cel. y Ac. PR3 en descenso. Requirió TRR transitoriamente en ambulatorio con buen resultado clínico y funcional.

DISCUSIÓN:

Presentamos el caso de una evolución agresiva de SRP asociado a vasculitis ANCA. Estrategias como ECMO VV podrían servir de terapia puente para el soporte de la falla respiratoria catastrófica mientras se implementan medidas necesarias para el control de la enfermedad. La evidencia del uso de ECMO en estos casos es limitada existiendo solo reporte de casos. Este caso apoya el concepto que el uso de ECMO VV es factible en contexto de hemorragia alveolar e inmunosupresión agresiva y plasmaféresis, si esta es necesaria para el control de la enfermedad de base.