

Síndrome renopulmonar de desenlace fatal y etiología poco usual en paciente joven: sospechar rápido para actuar rápido

Renopulmonary syndrome with a fatal outcome and an unusual etiology in a young patient: suspect early to act early

Sr. Editor:

El síndrome renopulmonar (SRP) combina HAD y glomerulonefritis rápidamente progresiva y su causa más frecuente son las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA), que conllevan elevada mortalidad si no se tratan de forma precoz.

Se presenta el caso de un varón de 24 años previamente sano que acude en urgencias por un cuadro de 3 días de fiebre de 40°C, tos y disnea tras autotest positivo para gripe B. En las horas previas a la consulta, refiere esputo hemoptoico y un episodio de hemoptisis franca. A su llegada a urgencias, presenta regular estado general, con presión arterial 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca 130 lpm y frecuencia respiratoria 50 rpm. La auscultación pulmonar revelaba roncus y crepitantes bilaterales hasta vértices.

Las pruebas de laboratorio a su llegada se detallan en la [Tabla 1](#).

La radiografía de tórax mostraba infiltrados algodonosos en la totalidad del

pulmón derecho y campos medios e inferiores del izquierdo. La tomografía computarizada de tórax con contraste reveló un patrón en empedrado compatible con hemorragia alveolar y áreas de consolidación alveolar con cavitaciones, indicativo de neumonía necrotizante bilateral ([Figura 1](#)). En los hemocultivos se aisló *Staphylococcus aureus* y la PCR nasofaríngea confirmó la presencia de ARN de virus Influenza B.

Ante el deterioro respiratorio, se procedió a la intubación orotraqueal, con salida de contenido hemático por la vía aérea. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos, donde evolucionó con hipoxemia persistente, shock refractario a fármacos vasoactivos y dificultades ventilatorias, incluso tras maniobra en prono. Finalmente, desarrolló síndrome de disfunción multiorgánica y falleció a las pocas horas.

La necropsia mostró hemorragia alveolar difusa (HAD) y vasculitis necrotizante de pequeño vaso con infiltrado inflamatorio mixto y sobreinfección bacteriana polimicrobiana. Además, se observó glomérulos esclerosados e hipertróficos.

La coinfección gripe - *Staphylococcus aureus*, especialmente con cepas PVL (leucocidina de *Panton-Valentine*), se asocia a neumonía necrotizante y HAD¹. Además, la infección por virus Influenza A se ha relacionado con SRN en el contexto de vasculitis asociada a ANCA (VAA) de novo y enfermedad anti-membrana basal glomerular (MBG)². Entre los factores de mal pronóstico se encuentra la

leucopenia grave que, como en nuestro paciente, predice un desenlace fatal³. En nuestro caso, la PCR confirmó Influenza B, que está menos descrita como desencadenante de SRP. Además, la edad del paciente es considerablemente menor que la de los casos descritos en la literatura⁴.

Dado el mal pronóstico de esta entidad, se propone el siguiente algoritmo terapéutico en urgencias ante sospecha de SRP sin diagnóstico previo, respaldada por las guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)⁵:

1. Evaluación de vía aérea, respiración y circulación, con ventilación protectora precoz, control activo de hemoptisis y valoración inmediata para ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

2. Extracción de hemocultivos, urocultivo y cultivo de esputo, e inicio de antibioterapia de amplio espectro antes de iniciar tratamiento inmunosupresor.

3. Pruebas de laboratorio urgente habituales: gaso-

Tabla 1. Parámetros analíticos a su llegada a urgencias

Gasometría venosa	
pH	7,01
pCO ₂	64,6 mmHg
Bicarbonato	11,6 mmol/L
Ácido láctico	14,5 mmol/L
Hemograma	
Hemoglobina	15,8 g/dL
Leucocitos	710/μL
Plaquetas	48.000/μL
Coagulación	
INR	2,03
TTPa ratio	1,61
Bioquímica	
Creatinina	2,36 mg/dL
Urea	46 mg/dL
Proteína C reactiva	196,3 mg/L
INR: International normalised ratio.	

Autores:

Jorge Corchero Gijón,
Rafael Ortiz Alba,
Cristina Andrades Gómez,
Rafaela Ríos Gallardo,
Francisco Javier Nieto García

Filiación de los autores:

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

E-mail:

fran91_sy@hotmail.com

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:

Guillermo Burillo-Putze.

DOI:

XXXX

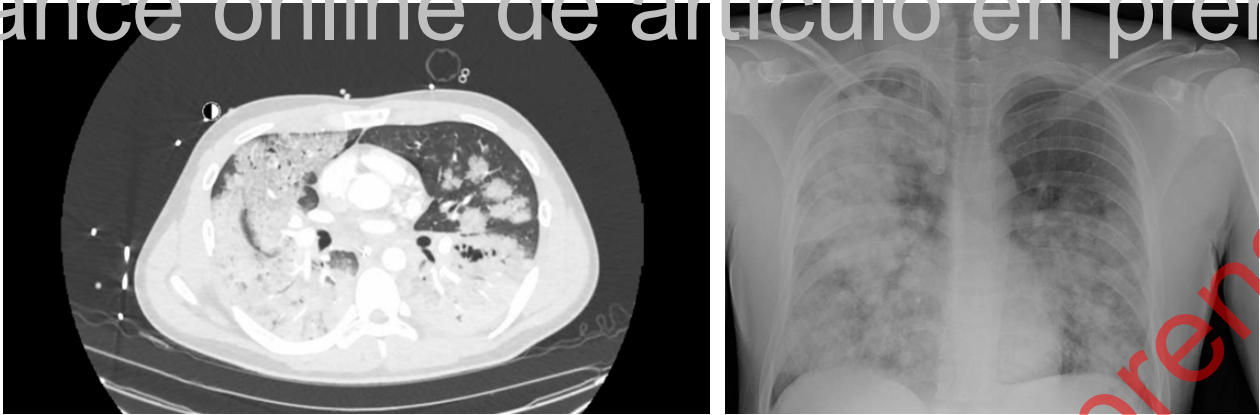


Figura 1. Radiografía de tórax y tomografía computarizada de tórax con contraste, con ventana de pulmón, al ingreso del paciente.

metría arterial, hemograma, coagulación, función renal, reactantes de fase aguda y urianálisis con sedimento urinario. Se recomienda, además, solicitar serologías de ANCA y anti-MBG para orientar el diagnóstico etiológico.

4. Iniciar inmunosupresión en casos con compromiso multiorgánico y alta sospecha de vasculitis: metilprednisolona en bolo de 1 g IV e inducción con ciclofosfamida o rituximab. Ambos fármacos han demostrado equivalentes para la inducción. En cuanto a la plasmaféresis, se recomienda solo en pacientes con creatinina > 3,4 mg/dL, aquellos con indicación de diálisis o HAD con hipoxemia persistente. La KDIGO indica que puede reducir el riesgo de enfermedad renal a 12 meses, aunque no mejora la mortalidad y

aumenta el riesgo de infecciones graves.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): JCG: ha participado en la Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original del artículo. ROA: ha participado en la Conceptualización, Metodología, Redacción – Borrador original del artículo. CAG: ha participado en la Investigación, Análisis formal, Redacción – revisión y edición del artículo. RRG: CAG: ha participado en la Investigación, Análisis formal, Redacción – revisión y edición del artículo. FJNG: ha participado en la Supervisión, Revisión crítica, Aprobación final del artículo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts JC, Gulino SP, Peak KK, Luna VA, Sanderson R. Fatal necrotizing pneumonia due to a Pantone-Valentine leukocidin positive community-associated methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* and influenza co-infection: a case report. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2008;7:5.
2. Frantzeskaki F. A patient with influenza A infection and ANCA-associated vasculitis. *Chest.* 2019. DOI: 10.1016/j.chest.2019.08.278 External Link
3. Khanafer N, Sicot N, Vanhems P, Dumitrescu O, Meyssonier V, Tristan A, et al. Severe leukopenia in *Staphylococcus aureus*-necrotizing, community-acquired pneumonia: risk factors and impact on survival. *BMC Infect Dis.* 2013;13:359.
4. Rukavina K, Zlopasa O, Vukovic Brinar I, Dzubur F, Anic B, Vujaklija Brajkovic A. Critically ill patients with newly diagnosed anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *J Clin Med.* 2024;13:5688.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) ANCA Vasculitis Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA)-Associated Vasculitis. *Kidney Int.* 2024; 05(35):71-S116.