Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Hemorragia alveolar subaguda em uma paciente com lúpus eritematoso sistêmico: uma manifestação atípica e rara

Subacute alveolar hemorrhage in a patient with systemic lupus erythematosus: an atypical and rare manifestation

Hemorragia alveolar subaguda en un paciente con lupus eritematoso sistémico: una manifestación atípica y rara

Jéssica Cordovil Portugal Lobato[1], Carolina Barros Kahwage[2], Thayana Ribeiro Kajitani Pacheco[2], Taiane do Socorro Silva Natividade[1], Clicia do Socorro Oliveira Brabo[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES) que apresentou hemorragia alveolar difusa de evolução subaguda, evidenciando uma forma incomum de apresentação clínica. **Detalhamento do caso:** Paciente do sexo feminino, 17 anos, portadora de LES, apresentou quadro respiratório subagudo com evolução de três meses, manifestado por dispneia, febre, dor torácica e alguns episódios de hemoptise. Na admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável e eupneica. Exames demonstraram anemia, elevação de provas inflamatórias e consumo de complemento, sem disfunção renal, associado a extensas opacidades em vidro fosco difusas e bilaterais e grave acometimento pulmonar. Após exclusão de diagnósticos diferenciais, estabeleceu-se o diagnóstico de hemorragia alveolar difusa (HAD) associada ao LES. Recebeu pulsoterapia com corticoide e ciclofosfamida, com evolução favorável, sem necessidade de ventilação mecânica e de cuidados críticos. **Considerações finais:** a HAD subaguda é rara, principalmente quando associada ao LES, reforçando a importância da suspeição diagnóstica em pacientes lúpicos. O manejo oportuno foi determinante para o desfecho favorável.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico, Hemorragia, Alvéolos pulmonares, Sinais e sintomas.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with systemic lupus erythematosus (SLE) who developed subacute diffuse alveolar hemorrhage, evidencing an unusual form of clinical presentation. **Case Details:** A 17-year-old female patient with SLE presented with a subacute respiratory condition of three months' duration, characterized by dyspnea, fever, chest pain, and occasional episodes of hemoptysis. Upon admission, she was hemodynamically stable and eupneic. Examinations showed anemia, elevated inflammatory markers, and complement consumption, without renal dysfunction, associated with extensive diffuse and bilateral ground-glass opacities and severe pulmonary involvement. After excluding differential diagnoses, the diagnosis of diffuse alveolar hemorrhage (DAH) associated with SLE was established. The patient received pulse therapy with corticosteroids and cyclophosphamide, with favorable progress, without the need for mechanical ventilation or critical care. **Final considerations:** Subacute DAH is rare manifestation, especially when associated with SLE, reinforcing the importance of diagnostic suspicion in lupus patients. Timely management was crucial for the favorable outcome.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, Hemorrhage, Pulmonary alveoli, Signs and symptoms.

[1] Hospital Ophir Loyola (HOL), Belém – PA.
[2] Hospital Jean Bitar (HJB), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) que presentó hemorragia alveolar difusa de evolución subaguda, una forma inusual de presentación clínica. **Detalles del caso:** Paciente feminina, 17 años, con LES que presentó un cuadro respiratorio subagudo de tres meses de evolución, caracterizado por disnea, fiebre, dolor torácico y hemoptisis. Al ingreso, se encontraba hemodinámicamente estable y eupneica. Los exámenes evidenciaron anemia, elevación de marcadores inflamatorios y consumo de complemento, sin disfunción renal, asosiada a extensas opacidades en vidrio deslustrado difusas y bilaterales, con grave compromiso pulmonar. Tras excluir diagnósticos diferenciales, se estableció el diagnóstico de hemorragia alveolar difusa (HAD) asociada al LES. La paciente recibió terapia pulsada con corticoides y ciclofosfamida, con evolución favorable, sin necesidad de ventilación mecánica ni cuidados críticos. **Consideraciones finales:** La HAD subaguda es una manifestación poco frecuente, especialmente cuando se asocia al LES, lo que refuerza la importancia de mantener una alta sospecha diagnóstica en pacientes con lupus. El manejo oportuno fue determinante para un desenlace favorable.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico, Hemorragia, Alvéolos pulmonares, Signos y síntomas.

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune multissistêmica, caracterizada pela perda da tolerância imunológica a autoantígenos e pela produção de autoanticorpos e imunocomplexos, sendo o lúpus considerado o protótipo das doenças por imunocomplexos. Estes acumulam-se na corrente sanguínea, levando à inflamação tecidual e danos a vários órgãos, o que resulta em uma apresentação clínica diversa, com períodos de remissão e atividade de doença (SAWADA T, et al., 2019).

O LES é uma doença rara e pode ocorrer em ambos os sexos, porém, com maior incidência no sexo feminino, principalmente na fase reprodutiva, apresentando pico em torno de 30 anos (FREIRE EAM, et al., 2011). A mortalidade dos pacientes com essa patologia pode chegar a ser 3 vezes maior do que na população em geral (BARBER MRW, et al., 2021).

Estudos que avaliaram a epidemiologia de LES na América do Sul destacam que a doença inicia de forma precoce entre mulheres e que este grupo possui mortalidade por LES mais evidente dentre os demais. Além disso, foram observados óbitos pela doença entre as regiões do Brasil, ocorrendo mais óbitos em pessoas muito mais jovens nas regiões Norte e Nordeste (BARBER MRW, et al., 2021).

Apesar de sua etiologia não ser totalmente compreendida, a interação de diversos fatores genéticos, hormonais e ambientais está envolvida na fisiopatologia da doença. A suscetibilidade ao LES envolve polimorfismos do gene HLA. Pacientes portadores dos genes HLA DR2 e DR3 apresentam risco maior de desenvolver LES. Esses genes estão associados à presença de autoanticorpos, como o anti-Sm e anti-DNA (MOK CC e LAU CS, 2003).

Além disso, o metabolismo anormal do estrogênio predispõe à doença, tornando-se imunoestimulante, associado a baixas concentrações de andrógenos circulantes (MOK CC e LAU CS, 2003). Quanto aos fatores ambientais, agentes infecciosos, como Vírus Epstein-Barr, podem atuar como gatilho imunológico; agentes físicos, como a radiação ultravioleta (UV), podem induzir à inflamação e apoptose celular, acelerando ou desencadeando a doença (MOK CC e LAU CS, 2003).

Os pacientes com LES podem apresentar diversas manifestações clínicas. Dentre elas, manifestações inespecíficas, como febre, fadiga; manifestações musculoesqueléticos (artrites, miosites); manifestações dermatológicas (rash malar, fotossensibilidade); acometimento renal, cardíaco, neuropsiquiátrico e manifestações pulmonares (COJOCARU M, et al., 2011).

As manifestações pulmonares do LES podem incluir pleurites, pneumonite, doença pulmonar intersticial (DPI), síndrome do pulmão recolhido, hipertensão pulmonar, embolia pulmonar e hemorragia alveolar difusa (HAD) (LUQUETTI CM, et al., 2024).

Pacientes com LES e que evoluem com hemoptise podem estar prenunciando quadro de hemorragia alveolar difusa (HAD), uma complicação pulmonar rara, geralmente aguda e potencialmente fatal (COJOCARU M, et al., 2011). A hemorragia alveolar difusa é uma síndrome caracterizada por sangramento intra alveolar decorrente de danos na vasculatura pulmonar, podendo levar à insuficiência respiratória aguda e óbito. A HAD pode ocorrer por diversas causas, incluindo medicamentos, coagulopatias, vasculites sistêmicas, como a granulomatose com poliangeíte (GPA) e a síndrome de Goodpasture (SG), e, embora menos comum em relação às outras etiologias, o LES (LUNDGREN MC, et al., 2021).

A fisiopatologia da HAD envolve inflamação sistêmica na vasculatura pulmonar, causada pela desregulação da resposta autoimune e pela hiperativação de citocinas. Os achados histopatológicos são, principalmente, capilarite pulmonar mediada por autoanticorpos, hemorragia alveolar leve e lesão alveolar difusa (HUO R, et al., 2023).

A HAD é uma condição muito grave e potencialmente fatal, sendo uma das complicações de maior mortalidade no LES, mais comum em mulheres jovens. Fatores de risco associados ao desenvolvimento de HAD em pacientes lúpicos foram descritos na literatura. A presença de atividade de doença do LES, altos títulos sorológicos de anticorpos anti-DNA (sugerindo doença renal ativa), leucopenia, trombocitopenia, consumo do complemento C3 e capilarites encontradas em biópsias pulmonares estão entre os que conferem maior risco de HAD (AL-ADHOUBI NK e BYSTROM J, 2020).

A dificuldade no diagnóstico ocorre nos casos em que o quadro clínico é escasso ou nulo, apresentando apenas alterações laboratoriais com queda da hemoglobina como única manifestação (REIBALDI AA, et al., 2022). Nos exames de imagem, como radiografia de tórax, a HAD pode se apresentar com infiltrados alveolares bilaterais difusos não específicos, ou em alguns casos, como infiltrados lobares unilaterais (JAROLIN DM e SOBARZO P, 2019). Os achados em tomografia computadorizada de tórax são de opacidades em vidro fosco difusas ou consolidação central na região hilar (JIANG M, et al., 2021).

Como esses achados são bastante inespecíficos, eles podem estar presente em diferentes causas, como edema pulmonar, pneumonia ou síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), sendo importante a ampliação de diagnósticos diferenciais. O diagnóstico de HAD pode ser confirmado com a realização de broncoscopia com lavado bronco alveolar (LBA), que exclui a presença de infecções, etiologias cardiogênicas ou causas neoplásicas (MUDGAL M, et al., 2025).

DETALHAMENTO DO CASO

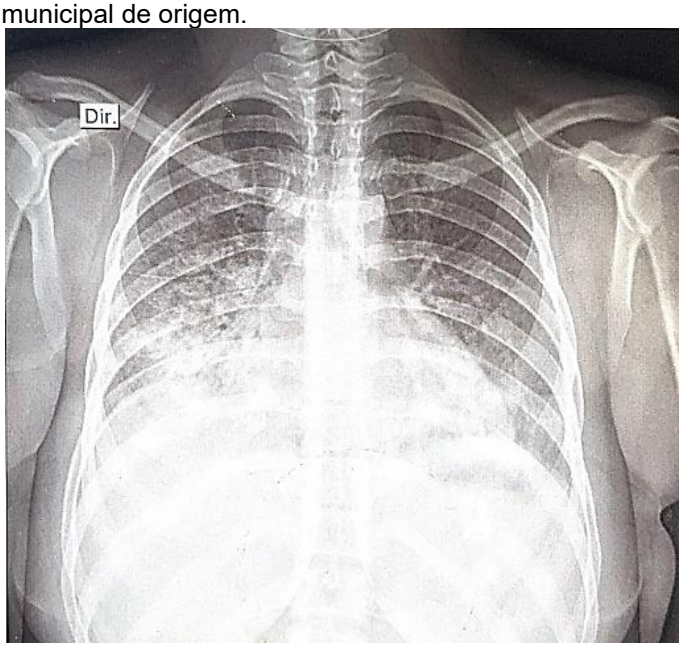
Este é um relato de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer n° 7.978.685 e CAAE n° 92832025.3.0000.5550, tendo a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pela paciente e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável legal. Estudo do tipo descritivo observacional realizado em unidade de internação de clínica médica de um hospital secundário em Belém-PA. A coleta de dados foi mediante análise de prontuário e entrevista com paciente. Foram extraídos dados em relação à história clínica, ao exame físico, exames laboratoriais e de imagem.

Paciente do sexo feminino, 17 anos, solteira, estudante, natural e residente em Barcarena, interior do Pará. Refere que em março de 2025 evoluiu por dez dias com quadro de dispneia aos moderados esforços, dor torácica, febre, além de episódios de hemoptise esporádicos. Relata que o início dos sintomas ocorreu três meses antes, em dezembro de 2024, porém não procurou atendimento médico no período e, posteriormente, manteve-se assintomática. A paciente possui diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico desde 2024. Realizava tratamento para LES com hidroxicloroquina, com períodos de irregularidade.

Em março de 2025, após o retorno e intensificação do quadro, procurou atendimento no serviço de emergência do hospital de sua cidade devido à piora clínica, onde permaneceu internada e, posteriormente, foi transferida para a enfermaria de um hospital secundário em Belém-PA para investigação diagnóstica.

Ao exame físico admissional, encontrava-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável, consciente e orientada, eupneica, com boa saturação de oxigênio em ar ambiente, apresentando palidez e mucosas hipocoradas. À ausculta pulmonar, os murmúrios vesiculares estavam reduzidos bilateralmente. Havia realizado radiografia de tórax (**Figura 1**) e tomografia computadorizada de tórax (**Figura 2**) no hospital de origem três dias antes de ser transferida, que evidenciava opacidades com atenuação em vidro fosco, difusas e bilaterais, com extensão do envolvimento pulmonar superior a 90%, quadro totalmente divergente da apresentação clínica da paciente, evidenciando a dissociação clínica-radiológica.

Figura 1 - Radiografia de tórax realizada no hospital municipal de origem.



Fonte: Lobato JCP, et al., 2026.

Figura 2 - Tomografia computadorizada de tórax realizada no hospital de origem, revela, em corte coronal, grave acometimento pulmonar com aspecto de vidro fosco difuso e bilateral.

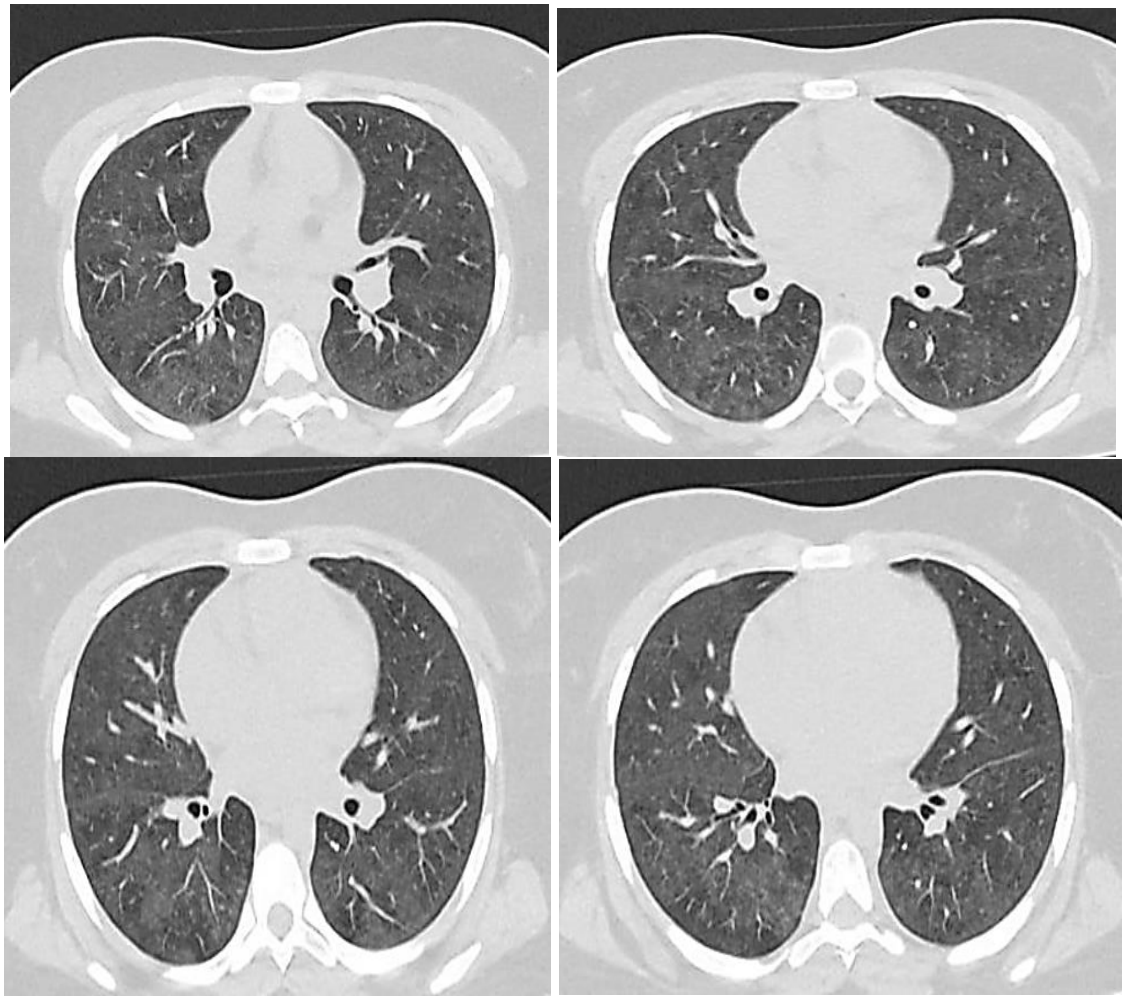


Fonte: Lobato JCP, et al., 2026.

Foram solicitados exames admissionais, que evidenciaram anemia normocrômica e normocítica, hipoproliferativa e com redução do hematócrito, aumento de VHS, além de gasometria arterial com discreta alcalose respiratória. A investigação autoimune confirmou o LES. Observou-se consumo de complemento, com destaque para o consumo maior de C3, denotando atividade de doença.

A função renal manteve-se inalterada e o anticorpo anti-DNA estava negativo. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal, sem sinais de isquemia aguda. Além disso, uma nova tomografia de tórax (**Figura 3**) confirmou os achados do exame anterior, revelando opacidades em vidro fosco de distribuição difusa e bilateral, acometendo mais de 90% do parênquima pulmonar.

Figura 3 - Tomografia computadorizada de tórax realizada no hospital secundário em Belém (PA), em corte axial, evidencia achados semelhantes de acometimento pulmonar em vidro fosco difusos e bilateral.



Fonte: Lobato JCP, et al., 2026.

Devido à evolução insidiosa dos sintomas respiratórios, associado à presença de febre e de infiltrados pulmonares bilaterais observados nos exames de imagem, optou-se pela investigação de causas que pudessem favorecer ao surgimento de “vidro fosco”, incluindo etiologias infecciosas.

Paciente realizou coleta de exames de escarro e testes rápidos, além de receber antibioticoterapia de amplo espectro. A baciloscopia direta para BAAR (Bacilos Álcool-Ácido Resistentes), o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), as hemoculturas e o teste rápido para COVID-19 foram todos negativos.

Somado a isso, a paciente foi avaliada pelo pneumologista, que contraindicou a realização de broncoscopia na internação, em virtude do grave acometimento pulmonar observado e da possibilidade de haver instabilidade hemodinâmica e desfechos negativos durante o exame.

Apesar disso, clinicamente, a paciente permaneceu estável, com melhora do sintomas respiratórios ao longo dos dias, sem necessidade de oxigenioterapia suplementar e de terapia transfusional durante todo o período de internação.

Dessa forma, estabeleceu-se o diagnóstico de HAD baseado na epidemiologia e antecedentes pessoais, no quadro clínico e, principalmente, no padrão radiológico observado nas tomografias. A paciente recebeu os cuidados da equipe multiprofissional em leito de enfermaria durante toda a internação hospitalar, sem necessidade de transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e nem de ventilação mecânica.

Após descartar possíveis focos infecciosos e excluídos diagnósticos diferenciais, no 7º dia de internação, iniciou-se pulsoterapia com metilprednisolona em altas doses por três dias. Posteriormente, foi instituído terapia com ciclofosfamida e mantida corticoterapia oral. A paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e radiológica após as medidas. Recebeu alta hospitalar no 13º dia de internação, permanecendo em acompanhamento no ambulatório de Reumatologia.

DISCUSSÃO

O LES é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, sendo o envolvimento do sistema respiratório relativamente comum, podendo acometer até 70% dos pacientes. No entanto, a hemorragia alveolar secundária ao LES é um evento considerado muito raro, com alto risco de mortalidade (HANNAH JR e D'CRUZ DP, 2019). A incidência de HAD em pacientes com LES é muito baixa, variando de 0,6% a 5,4% dos casos, com uma taxa de mortalidade média estimada em 50% (SALAH QM, et al., 2023). Alguns fatores de risco foram descritos para o desenvolvimento de HAD, sendo eles pacientes jovens, nos primeiros anos de diagnóstico de doença (XU L, et al., 2023).

Frequentemente diagnosticado em mulheres jovens durante os primeiros anos da doença, a epidemiologia da HAD é compatível com o caso da paciente descrito neste trabalho. Casos juvenis de HAD, ou seja, menores de 18 anos, parecem ser ainda mais graves (ARAUJO DB, et al., 2012). A hemorragia alveolar apresenta diversos níveis de gravidade, variando desde a ausência de hemoptise — apresentação mais comum —, podendo ser observado presença da hemorragia apenas em autópsia, ou até mesmo hemorragia franca.

A HAD é caracterizada pela "tríade clássica" de hemoptise, queda rápida na hemoglobina e novos infiltrados difusos pulmonares no exame de imagem, mas nem todos vão estar sempre presentes (RAUNIYAR S, et al., 2025). Clinicamente, para considerar a hipótese de HAD, é necessária a presença de, pelo menos, três dos seguintes sinais e sintomas: dispneia, febre, hipoxemia, taquicardia, hemoptise, tosse, presença de infiltrados intersticiais e/ou alveolares difusos em exame de imagem, bem como a queda repentina da hemoglobina (DZIEDZIC R, et al., 2025).

Ademais, pacientes com LES apresentam maior suscetibilidade a infecções devido à alteração imunológica relacionada à doença de base, como ao tratamento com imunossupressores. Dessa forma, pacientes com hemorragia alveolar difusa associada ao LES têm risco aumentado de óbito por infecções bacterianas, principalmente por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* (TA R, et al., 2017), o que pode confundir o diagnóstico.

A apresentação clínica da paciente descrita neste caso desenvolveu-se de forma insidiosa, ao longo de 3 meses, diferentemente do observado na maioria dos estudos relatados em literatura, os quais costumam manifestar quadro clínico exuberante e de evolução muito rápida.

Desta forma, diante de sinais subclínicos de hemorragia alveolar, associado ao histórico de febre e ao tempo de evolução subagudo dos sintomas, a paciente foi, inicialmente, tratada como pneumonia adquirida na comunidade e chegou a realizar investigação para tuberculose pulmonar em sua cidade de origem com coleta de teste molecular, porém evoluiu sem resolução dos sintomas, sendo indicada a transferência a um hospital secundário para melhor investigação.

De forma análoga, em um estudo feito por Later S, et al. (2025), uma paciente jovem de 23 anos com LES e HAD, inicialmente, apresentou sintomas respiratórios vagos, incluindo dispneia, tosse e febre, associado a infiltrado pulmonar bilateral na radiografia, evoluindo com insuficiência respiratória hipoxêmica. Devido ao quadro inespecífico e pela ausência de hemoptise, durante a avaliação inicial, considerou-se a suspeita de pneumonia.

Entretanto, com as culturas de escarro negativas e a falta de resposta a antibioticoterapia, esse diagnóstico tornou-se menos provável, o que levou à necessidade de ampliar os diagnósticos diferenciais, assim como na paciente deste relato.

A ocorrência de hemorragia alveolar está associada à atividade renal do LES, seguido de atividade hematológica, além de scores compatíveis com a atividade da doença, como a pontuação no SLEDAI > 10 (SUN Y, et al., 2020). Os fatores associados à mortalidade por HAD e mau prognóstico incluem necessidade de ventilação mecânica, a evolução para insuficiência renal e presença de infecções, principalmente bacterianas (MARTÍNEZ-MARTÍNEZ MU e ABUD-MENDOZA C, 2014).

A presença de nefrite lúpica tem forte associação com HAD, sendo relatada em até 64-100% dos pacientes com HAD associado ao LES (SALAH QM, et al., 2023). Além disso, o estudo de coorte de Garcia-Villanueva MJ, et al. (2024) mostrou que mais de 80% dos pacientes lúpicos que evoluíram com HAD apresentaram comprometimento renal e trombocitopenia, o que diverge da apresentação clínica da paciente deste relato.

Embora, epidemiologicamente, a paciente configure-se como um caso de acometimento juvenil — habitualmente associado ao de maior gravidade —, o quadro relatado contrasta com os principais casos de HAD descritos na literatura, em razão da ausência de acometimento renal e hematológico, bem como da necessidade de ventilação mecânica durante a internação. No que se refere à presença de infecções, a paciente deste caso já havia sido previamente tratada com antibioticoterapia, diante da hipótese de infecção pulmonar. Ademais, o diagnóstico de tuberculose pulmonar foi afastado por meio de testes moleculares.

No que diz respeito a exames de imagem, o acometimento pulmonar costuma ser bilateral e apresenta-se como consolidações centroacinares bilaterais ou presença de opacidades em vidro fosco difusas. Em raríssimos casos, o acometimento pode ser unilateral, o que torna o diagnóstico ainda mais desafiador (NOLASCO-AMEZCUA J, et al., 2024). Tal como os principais padrões de acometimento descritos, a paciente possuía alterações radiológicas sugestivas de HAD, com extenso acometimento pulmonar, apesar de manifestar estabilidade clínica em todo o período internada, o que motivou a celeridade do início do tratamento com terapia imunossupressora.

O paciente que apresenta HAD pode evoluir a óbito em horas ou dias e, portanto, o tratamento deve ser de início imediato. Pacientes que sobrevivem à HAD podem evoluir com fibrose pulmonar e apresentam risco de recorrência dessa complicação (HANNAH JR e D'CRUZ DP, 2019). Diante disso, o tratamento precoce e agressivo dos pacientes com HAD associado ao LES é de extrema importância para a sobrevida. No tratamento, inclui-se terapia imunossupressora com corticoide em altas doses, imunoglobulina intravenosa (IGV), ciclofosfamida (SHIN JI, et al., 2022). Além disso, há terapias com rituximabe. A plasmaferese pode ser indicada no caso de resposta insuficiente à pulsoterapia (JAMSHEER F, et al., 2024). As infecções concomitantes, principalmente bacterianas, são comuns e, portanto, devem ser tratadas com terapia adequada.

Após o estabelecimento do diagnóstico de HAD associado a LES, levando-se em consideração o quadro clínico, o perfil epidemiológico, a doença de base e os exames complementares, a paciente deste caso recebeu tratamento imediato com pulsoterapia com corticoide, seguido de terapia imunossupressora com ciclofosfamida. Ao término do tratamento hospitalar, apresentou melhora clínica e teve uma ótima resposta terapêutica ao esquema instituído. Assim como observado em um estudo multicêntrico de Law AH, et al. (2023), a maioria dos pacientes com LES que evoluíram para HAD era do sexo feminino, e todos receberam pulsoterapia com glicocorticoides em altas doses, associado a diferentes esquemas de terapia imunossupressora, incluindo a ciclofosfamida. Nesse estudo, os pacientes que receberam tratamento com ciclofosfamida apresentaram maior sobrevida em comparação aos demais.

De forma semelhante, Lundgren MC, et al. (2021) relatam, em seu trabalho, o caso de uma paciente relativamente jovem, de 36 anos, diagnosticada com hemorragia alveolar difusa, cujo quadro se desenvolveu ao longo de três meses, tal como descrito neste relato. No entanto, mesmo após a instituição de tratamento adequado com corticoesteroides em altas doses, a paciente de 36 anos evoluiu a óbito.

Entretanto, de forma contrária, a paciente de 17 anos apresentou sintomas insidiosos por aproximadamente três meses, acompanhados de episódios esporádicos de hemoptise e achados laboratoriais compatíveis com atividade lúpica. Apesar de ter mais de 90% de acometimento pulmonar, manteve-se estável, não necessitando de suporte ventilatório, transfusões, hemodiálise, terapia intensiva ou cuidados críticos — circunstância que contrasta com os padrões tradicionalmente descritos na literatura, nos quais a HAD associado ao LES costuma ter evolução aguda, frequentemente evolui com choque, insuficiência respiratória aguda e necessidade de ventilação mecânica.

A paciente recebeu alta hospitalar e, posteriormente, em consultas no ambulatório de Reumatologia, foi observada a melhora total do quadro, sem novos sintomas respiratórios. Manteve o tratamento de manutenção e realizou ciclos de ciclofosfamida via endovenosa mensalmente por 6 meses.

A HAD constitui uma das complicações pulmonares mais graves do LES, caracterizada, na maioria das vezes, por evolução fulminante e elevada mortalidade. No entanto, este caso demonstra uma apresentação atípica e rara em paciente juvenil de 17 anos, evidenciando que a HAD pode ser manifestada de forma subaguda, com progressão lenta dos sintomas, estabilidade clínica e ausência de insuficiência respiratória, mesmo diante de extenso comprometimento pulmonar, podendo dificultar o diagnóstico precoce. O manejo oportuno e célere resultou em recuperação clínica e radiológica significativa, demonstrando a importância da suspeição diagnóstica precoce e da intervenção imediata. Assim, este caso contribui para ampliar o conhecimento clínico acerca das variações de apresentação da hemorragia alveolar no LES, alertando para a possibilidade de evoluções subagudas.

REFERÊNCIAS

1. AL-ADHOUBI NK, BYSTROM J. Systemic lupus erythematosus and diffuse alveolar hemorrhage, etiology and novel treatment strategies. Lupus, 2020; 29(4): 355-363.
2. ARAUJO DB, et al. Alveolar hemorrhage: distinct features of juvenile and adult onset systemic lupus erythematosus. Lupus, 2012; 21(8): 872-877.
3. BARBER MRW, et al. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. Nature Reviews Rheumatology, 2021; 17(9): 515-532.
4. COJOCARU M, et al. Manifestations of systemic lupus erythematosus. Maedica, 2011; 6(4): 330.
5. DZIEDZIC R, et al. Characteristics of systemic lupus erythematosus patients with diffuse alveolar hemorrhage: clinical features and outcomes from a single-center experience. Journal of Clinical Medicine, 2025; 14(16): 5614.
6. FREIRE EAM, et al. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia, 2011; 51: 75-80.
7. GARCIA-VILLANUEVA MJ, et al. Diffuse alveolar hemorrhage in patients with systemic lupus erythematosus: data from the Spanish society of rheumathology Lupus Register (RELESSER). Rheumatology International, 2024; 44(11): 2445-2455.
8. HANNAH JR, D'CRUZ DP. Pulmonary complications of systemic lupus erythematosus. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 2019; 40(2): 227-234.
9. HUO R, et al. Systemic lupus erythematosus with diffuse alveolar hemorrhage. Chinese Medical Journal, 2023; 136(23): 2883-2885.
10. JAMSHEER F, et al. Diffuse alveolar hemorrhage as a life-threatening complication of systemic lupus erythematosus: a case report. Cureus, 2024; 16(11): e73586.
11. JAROLIN DM, SOBARZO P. Hemorragia alveolar como forma de debut de lupus eritematoso sistémico. Revista Paraguaya de Reumatología, 2019; 5(1): 27-32.
12. JIANG M, et al. Risk factors for mortality of diffuse alveolar hemorrhage in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Research & Therapy, 2021; 23(1): 57.
13. LATER S, et al. Diffuse Alveolar Hemorrhage as the First Presentation of Systemic Lupus Erythematosus: A Case Report. The American Journal of Case Reports, 2025; 26: e947096.

14. LAW AH, et al. Diffuse alveolar haemorrhage in systemic lupus erythematosus: A multicentre retrospective study in Singapore. Lupus, 2023; 32(8): 952-963.
15. LUNDGREN MC, et al. A fatal case of diffuse alveolar hemorrhage in the setting of systemic lupus erythematosus: a case report and review of noninfectious causes of acute pulmonary hemorrhage in adults. Case Reports in Rheumatology, 2021; 2021: 6620701.
16. LUQUETTI CM, et al. Lúpus eritematoso sistêmico: manifestações clínicas e diagnóstico. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(8): 5565-5576.
17. MARTÍNEZ-MARTÍNEZ MU e ABUD-MENDOZA C. Diffuse alveolar hemorrhage in patients with systemic lupus erythematosus: clinical manifestations, treatment, and prognosis. Reumatología Clínica, 2014; 10(4): 248-253.
18. MOK CC, LAU CS. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. Journal of Clinical Pathology, 2003; 56(7): 481-490.
19. MUDGAL M, et al. Connective Tissue Disorder-Induced Diffuse Alveolar Hemorrhage: A Comprehensive Review with an Emphasis on Airway and Respiratory Management. Life, 2025; 15(5): 793.
20. NOLASCO-AMEZCUA J, et al. Unilateral Alveolar Hemorrhage: A Rare Pulmonary Complication in Systemic Lupus Erythematosus. Cureus, 2024; 16(6): e61491.
21. RAUNIYAR S, et al. Diffuse alveolar hemorrhage as a rare initial presentation of systemic lupus erythematosus in early pregnancy: a case report. Clinical Case Reports, 2025; 13(9): e70839.
22. REIBALDI AA, et al. Hemorragia alveolar difusa en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Reumatología Clínica, 2022; 18(2): 84-90.
23. SALAH QM, et al. Diffuse alveolar hemorrhage in an undiagnosed systemic lupus erythematosus patient. Cureus, 2023; 15(5): e38421.
24. SAWADA T, et al. Systemic lupus erythematosus and immunodeficiency. Immunological Medicine, 2019; 42(1): 1-9.
25. SHIN JI, et al. Systemic lupus erythematosus and lung involvement: a comprehensive review. Journal of Clinical Medicine, 2022; 11(22): 6714.
26. SUN Y, et al. Systemic lupus erythematosus–associated diffuse alveolar hemorrhage: a single-center, matched case–control study in China. Lupus, 2020; 29: 1-9.
27. TA R, et al. Diffuse alveolar hemorrhage in systemic lupus erythematosus: histopathologic features and clinical correlations. Case Reports in Pathology, 2017; 2017: 1936282.
28. XU L, et al. Risk factors of diffuse alveolar hemorrhage in Chinese patients with systemic lupus erythematosus. Scientific Reports, 2023; 13: 22381.