

Debut de lupus eritematoso sistémico en paciente masculino
Debut of systemic lupus erythematosus in masculine patient

Jair Albán Recalde *, Andrés Jácome Sánchez **, Danny Trujillo Medina ***,
Mateo Sánchez Villaroel ****.

*Médico General. Universidad Central del Ecuador

**Médico General. Universidad Central del Ecuador

***Médico General. Universidad Central del Ecuador

****Médico General. Universidad Central del Ecuador

Resumen.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica inflamatoria crónica y autoinmune que produce anticuerpos antinucleares, misma que es capaz de afectar cualquier órgano, su prevalencia es mayor en las mujeres sobre todo en edad fértil que en hombres con una relación 9:1. Su presentación clínica es insidiosa y variable desde lesiones cutáneas típicas como el eritema malar hasta alteraciones sistémicas cardíacas, pulmonares o renales. Su diagnóstico se enfoca en la clínica más la determinación de Anticuerpos antinucleares y de varios anticuerpos y exámenes de laboratorio, así como de imagen para determinar la presencia de otras complicaciones.

Objetivo: Aplicar los conocimientos teóricos del Lupus eritematoso sistémico para analizar el caso clínico del debut de un paciente masculino de 60 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 60 años de edad que presentó un síndrome coronario agudo, acompañado de lesiones dérmicas y pérdida de peso que después de varias sospechas diagnósticas se confirmó el diagnóstico de LES.

Conclusiones: A pesar de la prevalencia más frecuente del LES en mujeres jóvenes; esta patología puede presentarse en varones mayores de 50 años y su sospecha diagnóstica debe estar presente en pacientes que presenten características clínicas insidiosas de LES ya que su diagnóstico temprano puede evitar las complicaciones sistémicas que esta patología puede desarrollar si no se da el tratamiento adecuado.

Palabras clave: Lupus Eritematoso Sistémico

Abstract.

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory, multisystem and autoimmune disease that produces antinuclear antibodies, which is able of affecting any organ, its prevalence is higher in women especially in fertile age than in men with a 9: 1 ratio. Its clinical presentation is insidious and variable from typical skin lesions such as malar erythema to cardiac, pulmonary or renal systemic alterations. Its diagnosis is focused on the clinic plus the determination of antinuclear antibodies and several antibodies and laboratory tests as well as imaging tests to determine the presence of other complications.

Objective: To apply the theoretical knowledge of systemic Lupus erythematosus to analyze the clinical case of the debut of a 60-year-old male patient.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case presentation.

Results: The following is a clinical case of a 60-year-old male patient who presented with an acute coronary syndrome, accompanied by skin lesions and weight loss. After several diagnostic suspicions, the diagnosis of SLE was confirmed.

Conclusions: Despite the more common prevalence of SLE in young women; this pathology can occur in males over 50 years of age and their diagnostic suspicion should be present in patients with insidious clinical characteristics of SLE as their early diagnosis can avoid systemic complications that this pathology can develop if proper treatment is not given. **Keywords:** Lupus Erythematosus Systemic

Recibido: 13-12-2019

Revisado: 17-1-2020

Aceptado: 18-1-2020

Introducción.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica inflamatoria crónica, acompañada de producción de anticuerpos antinucleares, misma que es capaz de afectar cualquier órgano. Esta misma afecta predominantemente al género femenino antes que al masculino, en relación 9:1, y su prevalencia es mayor en edad fértil, sin embargo, existe la posibilidad de presentación a cualquier edad. (1)

Entre la presentación clínica del LES encontramos síntomas como alza térmica, fatiga, disminución de peso en un gran número de pacientes; en más del 90% de afectados se presenta artralgia-artritis; es característica la afección a la piel como el eritema malar o lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), también suelen presentar lesiones discoides, eritematosas, cicatrizantes e incluso fotosensibilidad. (1-2)

La enfermedad vascular se puede encontrar en pacientes con LES, como el Fenómeno de Raynaud anomalía caracterizada por palidez, cianosis y eritrodermia o vasculitis sobre todo en vasos de pequeño calibre misma que produce lesiones de la piel como purpuras, petequias etc.(3) La afectación renal se produce hasta en 50% de pacientes con LES por lo que es importante descartarla; la biopsia renal es el estudio de elección para diagnosticar el tipo y grado de nefritis. (4)

Pueden desarrollar síntomas respiratorios debido a implicación pulmonar, entre lo que se puede encontrar pleuritis, hipertensión pulmonar, neumonitis, enfermedad pulmonar intersticial, entre otros (1). Entre las afecciones cardíacas podemos encontrar la pericarditis, endocarditis de Libman-Sacks como factor de riesgo para producir émbolos e incluso un riesgo incrementado de presentar enfermedad arterial coronaria. (5)

Los pacientes con LES generalmente cursan con anemia de tipo crónica, y se puede encontrar leucopenia en casi la mitad de afectados. (6)

El diagnóstico de LES depende de las manifestaciones iniciales y descartar otras

afecciones. Una vez indagado en la historia clínica y con hallazgos clínicos de LES, se procede a pruebas de laboratorio, de rutina como una biometría hemática con los hallazgos antes descritos, creatinina para evaluar función renal y un examen elemental de orina con el mismo propósito. Los exámenes que respaldan el diagnóstico que son los ANA, si resulta reactivo se busca otros anticuerpos como dsDNA, anti-Sm, Ro/SSA, La/SSB y ribonucleoproteína U1; además anticoagulante lúpico, anticuerpo anticardiolipina IgG e IgM y la anti-beta2-glicoproteína IgG e IgM, niveles de complemento C3 y C4 o CH50, velocidad de sedimentación globular, niveles de proteína C reactiva, relación de proteína/creatinina en orina. Los estudios de imagen se realizan para descartar otras afecciones más no de rutina. (7-8)

El tratamiento del LES consta de recomendaciones no farmacológicas como protección solar; dieta equilibrada, ejercicio y abstinencia tabáquica. Referente al tratamiento farmacológico se indica hidroxiclороquina o cloroquina en todos los pacientes diagnosticados, acompañados de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) más glucocorticoides en bajas dosis por periodos cortos de tiempo si presentan manifestaciones leves; al encontrar manifestaciones moderadas se puede añadir prednisona y si existen manifestaciones graves se inicia con una intensa terapia inmunosupresora con pulsos intravenosos de metilprednisolona acompañado de agentes inmunosupresores (ciclofosfamida, rituximab, azatioprina, micofenolato). (9)

El LES puede cursar una evolución clínica variada desde ser completamente benigna, hasta presentar una enfermedad rápidamente progresiva que lleva a la falla orgánica generalizada y la muerte. (1)

Tabla 1. Criterios del American College of Rheumatology

Tabla 1. Criterios del American College of Rheumatology (ACR) para la clasificación del LES [34]
Eritema malar «en vespertillo»
Lesiones cutáneas discoides
Fotosensibilidad
Aftas orales
Artritis
Serocitis (pleuritis o pericarditis)
Nefropatía (proteinuria superior a 0.5 g/día o cilindruia)
Afección neurológica (convulsiones o psicosis)
Alteraciones hematológicas (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia o anemia hemolítica)
Alteraciones serológicas (anticuerpos anti-DNA de doble cadena, anti-Sm o anticuerpos antifosfolípidos)
Anticuerpos antinucleares (ANAs)

Fuente: Criterios de LES del ACR. (7)

Objetivo

Aplicar los conocimientos teóricos del Lupus eritematoso sistémico para analizar el caso clínico del debut de un paciente masculino de 60 años.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados

Paciente masculino de 60 años, nacido y residente en Latacunga, mestizo, instrucción superior, ocupación: Coronel en servicio pasivo, paciente sin obesidad, ni malos hábitos alimenticios y deportistas. Acude a consulta de Medicina Interna del HQN1 por presentar Diarrea + pérdida de peso de 1 mes de evolución + lesiones cutáneas, placas redondeadas eritematosas de forma generalizada; tiene como antecedentes personales de Hipotiroidismo diagnosticado hace 1 año e Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST hace 8 meses como antecedente de mayor importancia, fue revascularizado con 2 stents en la arteria descendente anterior en segmento distal por lesión del 90% y en el segmento proximal por lesión del 95%, presenta además una lesión residual del 60% en ramo ventricular posterior que se planificará cateterismo posteriormente; HTA

desde hace 7 meses, excimer laser por Catarata de ojo derecho hace 6 años; antecedentes familiares: madre Diabetes tipo 2, hermana Parkinson, hermano cáncer de colón.

Hallazgos clínicos – evaluación diagnóstica

Paciente que ingresó por presentar diarrea crónica + pérdida de peso importante, acompañada de astenia, hiporexia, malestar generalizado, debilidad muscular, parestesia y lesiones dérmicas caracterizadas por pápulas y placas eritematosas en tronco y extremidades, acompañadas de prurito intenso, que se intensifican, en pecho y espalda presentando placas liquenificadas y escoriadas que por biopsia se determinó como ecema de contacto, también presentaba lesiones blanquecinas en mucosa bucal por lo que el servicio de Dermatología indica betametasona y fórmula magistral para realizar enjuagues bucales, sin embargo las molestias no cedían. Fue valorado por el servicio de Neurología por la debilidad y parestesias musculares se sospecha de Polimiositis y se solicita una electromiografía que reporta signos electrofisiológicos de miopatía inflamatoria, confirmándose este diagnóstico, pero sin hallar la causa de ésta. Paciente por sospecha de cuadro neoplásico por la pérdida excesiva de peso se realiza TAC de cuello tórax y abdomen, donde se observa derrame pleural bilateral sospechándose de patología autoinmune por lo que se solicitó exámenes complementarios y valoración por el servicio de Reumatología hallándose: Anticuerpos antinucleares: 18.20 (VR: 0-1.2), Anticuerpos anti DNA >200 (VR: 0-20), Anticuerpos anticardiolipinas IGG >120 (VR: 0-10), anticuerpos anticardiolipinas IGM 1.10 (VR: 0-7), antigofolipidos IGG >100 (VR: 0-10), anticuerpos antibeta 2 glicoproteína I IGG >100 (VR: 0-8), anticuerpos antibeta 2 glicoproteína I IGM: 1.1 (VR: 0-8), proteínas en orina de 24 horas 1269.4 MG/24H (VR: 50-140). Se solicita Procalcitonina: 0.16 (VR: <0.05). Con estos resultados se determinó el diagnóstico del paciente como Lupus eritematoso sistémico.

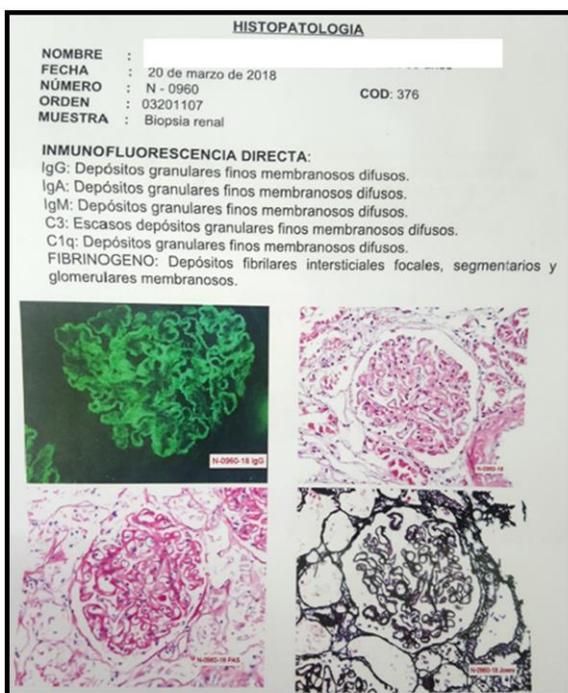
Figura 1. TAC de tórax; derrame pleural bilateral.



Fuente: Datos tomados de la historia clínica

Es valorado por Nefrología por presentar proteinuria quienes solicitan Biopsia renal izquierda el 20/03/2018 donde se encuentra Glomerulopatía membranosa estadio II - III (Glomerulonefritis lúpica clase V), con función renal normal.

Figura 2. Biopsia renal; Glomerulonefritis lúpica clase V



Fuente: Datos tomados de la historia clínica

Con lo que se concluye el diagnóstico definitivo del paciente como LES+ Glomerulonefritis lúpica clase V.

Intervención terapéutica

El paciente durante su hospitalización recibió tratamiento farmacológico como enalapril, carvedilol, simvastatina, clopidogrel, doxazocina, paracetamol, alprazolam, betametasona, fórmula magistral y cuando se determinó el diagnóstico de LES se administró cloroquina 250 mg VO QD, Metilprednisolona 1 gr IV QD y prednisona 60 mg VO QD.

Seguimiento

Paciente quien ha aceptado y conllevado de buena manera su diagnóstico que ha recibido pulsos de Metilprednisolona y ciclofosfamida, además recibe Prednisona 50mg VO QD, calcio + vitamina D, cloroquina 250mg VO QD + ácido acetil salicílico 100mg VO QD presenta aumento de peso (5 kg), buen apetito, desaparición de lesiones cutáneas, disminución de dolor poliarticular, en valoración nefrológica con función renal adecuada.

Discusión

El lupus eritematoso sistémico se presenta en mujeres de manera predominante, sobre todo en edad fértil, sin embargo también se ha visto que puede afectar a hombres mayores de 50 años, a lo que se ha llamado LES tardío no se observa con mucha frecuencia y representan del 2-12 % de pacientes con esta enfermedad. Los facultativos deben estar alertas en este grupo de edad ya que las manifestaciones clínicas no son las comunes. (1-10)

Como parte final del diagnóstico y durante el seguimiento del paciente se ha utilizado la Procalcitonina como marcador de control, así pues según un estudio prospectivo de pacientes con LES y fiebre se determinó que los niveles de PCT eran mayores en infecciones bacterianas o fúngicas durante etapas tempranas de procesos febriles en pacientes con LES. (11)

El síndrome coronario agudo con elevación del ST pudo haber sido la primera sospecha de LES debido que el riesgo cardiovascular del paciente no era justificado debido que no era obeso ni sedentario, pues según un estudio realizado transversal realizado en Colombia se encontró que

los paciente con LES presentan un estado proinflamatorio y aterogénico, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares 5 veces mayor que la población en general. (12)

Conclusión

A pesar de la prevalencia más frecuente del LES en mujeres jóvenes; esta patología puede presentarse en varones mayores de 50 años y su sospecha diagnóstica debe estar presente en pacientes que presenten características clínicas insidiosas de LES ya que su diagnóstico temprano puede evitar las complicaciones sistémicas que esta patología puede desarrollar si no se da el tratamiento adecuado.

Referencias bibliográficas

- Gómez-Puerta J, Cervera R. Systemic lupus erythematosus. *Medicina & Laboratorio* 2008; 14 (1): 211-223. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl085-6b.pdf> [Consultado el 05 de Agosto de 2018].
- Reyes M, Vanaclocha F. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2012;13(3):77–84. Tratamiento del lupus eritematoso cutáneo resistente. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-tratamiento-del-lupus-eritematoso-cutaneo-S1577356612000279> [Consultado el 05 de Agosto de 2018].
- Richter J, Sander O, Schneider M, Klein-Weigel P. Lupus (2010) 19, 1087–1095. Diagnostic algorithm for Raynaud’s phenomenon and vascular skin lesions in systemic lupus erythematosus. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0961203310374304?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed [Consultado el 06 de Agosto de 2018].
- Danila M, Pons-Estel G, Zhang J, Vilá L, Reveille J, Alarcon G. *Rheumatology* 2009;48:542–545. Renal damage is the most important predictor of mortality within the damage index: data from LUMINA LXIV, a multiethnic US cohort. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722801/> [Consultado el 06 de Agosto de 2018].
- Miner J, Kim A. Cardiac Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. *Rheum Dis Clin N Am* 40 (2014) 51–60. Disponible en: [https://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X\(13\)00090-2/abstract](https://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X(13)00090-2/abstract) [Consultado el 06 de agosto de 2018].
- Newman K, Bagher M, El-Hemaidi I, Akhtari M. *Autoimmunity Reviews* xxx (2013) xxx–xxx. Management of immune cytopenias in patients with systemic lupus erythematosus — Old and new. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997213000256?via%3Dihub> [Consultado el 07 de Agosto de 2018].
- Preti M, Magder L. *Lupus* (2004) 13, 829–837. Classification criteria for systemic lupus erythematosus: a review. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15922144> [Consultado el 07 de Agosto de 2018].
- Bertsias G, Pamfil C, Fanouriakis A, Boumpas D. *Nat. Rev. Rheumatol.* advance online publication 9 July 2013. Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: has the time come?. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrrheum.2013.103> [Consultado el 07 de Agosto de 2018].
- Belmont H. *Bulletin of the Hospital for Joint Diseases* 2013;71(3):208-13. Treatment of Systemic Lupus Erythematosus 2013 Update. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151947> [Consultado el 08 de Agosto de 2018].
- Aguirre H, Posada A, Aponte J, Estupiñan M. *REV COLOMB REUMATOL.* 2014;21(2):104-108. Lupus eritematoso sistémico en el anciano: una presentación atípica de una enfermedad común. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista->

colombiana-reumatologia-374-articulo-lupus-eritematoso-sistémico-el-anciano-S0121812314701562 [Consultado el 08 de Agosto de 2018].

11. Consiglio J, Ros J. Procalcitonina como biomarcador en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Med Clin (Barc)*. 2013;140(5):214–216. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.009> [Consultado el 08 de Agosto de 2018].

12. Batún J, Radillo H, Hernández E. Riesgo cardiovascular en lupus eritematoso sistémico. *rev colomb reumatol*. 2016;23(4):242–249. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v23n4/v23n4a04.pdf> [Consultado el 08 de Agosto de 2018].