

Lupus eritematoso sistémico de inicio tardío

Late onset systemic lupus erythematosus

Enver Vantroi Palacios Ordoñez¹, Ysabel Lozano Rodas¹, Kori Karina Cueva Tovar²

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 65 años de edad con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, quien ingreso con un cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por dolor torácico asociado a disnea, ortopnea, mialgias, poliartralgias y úlceras orales, evidenciándose derrame pericárdico y pleural. Se descartó origen infeccioso y neoplásico mediante exámenes de imágenes y laboratoriales; posteriormente, se realiza perfil inmunológico que reporta ANA positivo, Anti-DNA positivo, iniciando tratamiento inmunosupresor, con adecuada respuesta.

PALABRAS CLAVES: Lupus, pericarditis, inicio tardío.

ABSTRACT

We report the case of a female patient 65 years old with a diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus, who entered with a clinical picture of 3 months of evolution characterized by chest pain associated with dyspnea, orthopnea, myalgia, polyarthralgia and oral ulcers is presented, showing pericardial and pleural effusion. Infectious and neoplastic origin was ruled out by imaging examinations and laboratory; subsequently reporting positive imlogical profile ANA, Anti-DNA positive is done, starting immunosuppressive therapy, with appropriate response

KEYWORDS: lupus, late-onset, pericarditis.

INTRODUCCIÓN:

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica con afectación multiorgánica con numerosas manifestaciones clínicas e inmunológicas. El LES es a menudo descrito como una enfermedad que afecta con más frecuencia a mujeres en edad reproductiva¹. El inicio del LES más allá de la edad de 50 años se informa que ocurra sólo en 3-18% de los pacientes^{1,2}, siendo la presentación en mayores de 75 años rara^{2,3} y excepcional en mayores de 85 años^{3,4}. La

prevalencia del LES de inicio tardío es también mayor en las mujeres que en hombres, aunque el clásico predominio disminuye progresivamente con la edad. Varios investigadores han informado que la presentación de inicio tardío tiene un efecto modificador sobre la evolución de la enfermedad, evidenciándose que la aparición en los ancianos es más insidiosa y con manifestaciones atípicas, las cuales a veces retrasa el diagnóstico. La presencia de síntomas vagos tales como pérdida de peso, dolor muscular y deterioro cognitivo o afectivo no es infrecuente en los ancianos y puede ser la primera manifestación de LES⁵, pero también de otras patologías como las infecciones, neoplasias y endocrinopatías, las cuales son más frecuentes en esta población, por lo que el diagnóstico de LES de inicio tardío es un desafío clínico y deben excluirse los otros tipos de patologías mencionadas, sin olvidar la exposición de esta población a fármacos ya que podría ser una forma de presentación de LES inducido por fármacos, de allí la importancia de realizar una historia clínica minuciosa. El curso de la enfermedad en este grupo de pacientes suele ser más benigno, con menores grados de actividad de la enfermedad así como con menos recaídas^{6,7,8}.

A continuación describimos un caso de LES de inicio tardío en una paciente mujer anciana que presentó inicialmente efusión pleural y pericárdica.

1. Médico asistente del Servicio de Medicina Interna del Hospital María Auxiliadora, Bachiller en Medicina.

2. Médico residente de reumatología del Hospital María Auxiliadora.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años, natural y procedente de Ayacucho, ama de casa, con secundaria completa, con antecedentes de hipertensión arterial desde diciembre de 2015. Refiere un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por presentar dolor precordial tipo opresivo que empeora al decúbito, poliartralgias aditivas simétricas, mialgias, caída de cabello y úlceras orales no dolorosas (estas últimas remitieron espontáneamente), además de sensación de alza térmica y disnea de esfuerzo progresivo motivo por el cual fue internada en el hospital de Ayacucho por 8 días siendo dada de alta con diagnóstico de hipertensión arterial y anemia. Por persistencia de cuadro clínico acude a nuestro hospital por el servicio de emergencia. A la exploración física se evidencia funciones vitales estables, piel tibia, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no eritema malar, cavidad oral y fosas nasales normales; Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de baja intensidad, presencia de ingurgitación yugular; Aparato respiratorio: murmullo vesicular abolidos en tercio inferior de ambos campos pulmonares, Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, genitourinario y sistema nervioso central sin alteraciones.

Se solicitó una analítica completa con los siguientes resultados: Hemoglobina: 11 mg/dl, VCM: 79.5 fl, HBCM: 26.2 pg, hematocrito: 33%, leucocitos 9.520 (el 83% eran neutrófilos y el 11% eran linfocitos), VSG: 47 mm, Proteína C reactiva: 10.1 mg/l, Ferritina: 532.10 ng/ml, Coombs directo: positivo 3 +. Bioquímica normal, salvo proteínas totales:

5.9 g/dl, albumina: 2.9 g/dl. Hemostasia normal. Orina: leucocitos: 5-6/c, hematíes: 6-10/c, sangre (+), proteínas en orina (-), proteinuria en 24/h: 0.16 g/24h, Procalcitonina: 0.35, Urea: 44 mg/dl, Creatinina: 0.88 mg/dl; ELISA VIH: No reactivo.

En estudios de imágenes se evidencia en radiografía de tórax: obturación de los senos costofrénico y costo diafragmático (Figura 1), Tomografía Espiral Multicorte de tórax: áreas de condensación subdiafragmática, derrame pericárdico moderado y derrame pleural bilateral (Figura 2), Ecocardiograma bidimensional: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 65%, derrame pericárdico de aproximadamente 600 ml con colapso de cavidad derecha en región apical, presencia de tejido fibrinoide abundante y pericárdico inflamatorio (Figura 3). Ecografía abdomino pélvica: litiasis vesicular múltiple, mioma subseroso derecho, no masas ni adenopatías; Mamografía bilateral: sin alteraciones.

Habiéndose descartado patología infecciosa y neoplásica y; frente a la evolución clínica de la paciente, se sospechó de un cuadro reumatológico, solicitándose marcadores inmunológicos: ANA: 1/1280 patrón homogéneo, Anti DNAs: 323.8 positivo moderado, C3: 111.49, C4: 33.2. Dada la sospecha clínica y tras recibir los resultados analíticos compatibles con Lupus Eritematoso Sistémico, se inició tratamiento con prednisona (1mg/kg/d) e hidroxicloroquina (400 mg), con evolución favorable y desaparición de los síntomas luego de 2 semanas de tratamiento, continuando sus controles posteriores por consultorio de Reumatología.



Figura 01. Radiografía de torax.

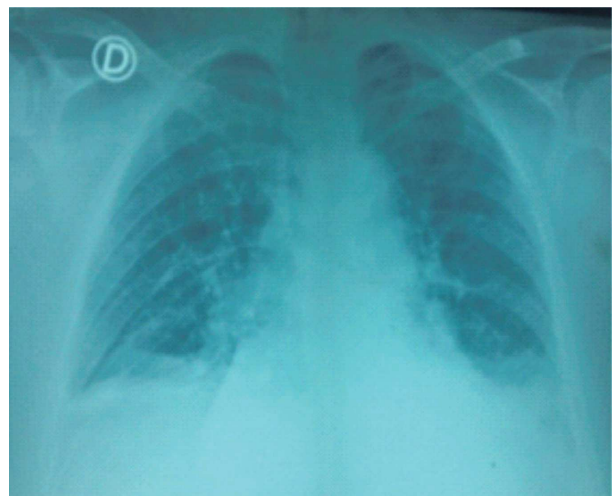




Figura 02. Tomografía espiral multicorte de torax.

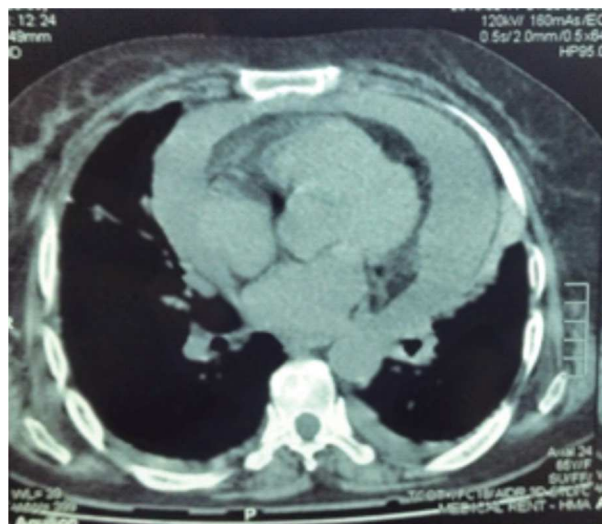


Figura 03. Ecocardiograma bidimensional.

DISCUSIÓN:

En el envejecimiento, el sistema inmunitario experimenta cambios morfológicos y funcionales. En general, en el proceso de envejecimiento, la capacidad del sistema inmune para defender el organismo contra los agentes patógenos disminuye, mientras que la respuesta a autoantígenos se incrementa. El LES de inicio tardío representa un subgrupo específico de la enfermedad, que comienza por encima de 50-65 años de edad, constituye el 10 al 20 % de todos los casos⁹ y presenta menor relación femenina/ masculina (4:1) que en el joven (19:1), siendo en los mayores de 65 años todavía menor (2:1)¹⁰. El intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico es mayor en los ancianos (5 años) que en los jóvenes (3 años)¹¹. Otras diferencias epidemiológicas se refieren a características étnicas y raciales; así, en el LES de inicio tardío suele haber un predominio de pacientes caucásicos, en contraste con el LES en pacientes más jóvenes que afecta preferentemente a afroamericanos¹².

El LES de presentación tardía tiene un inicio insidioso con primeras manifestaciones clínicas inespecíficas, siendo las características clínicas más frecuentes artralgias, debilidad, fatiga, mialgias, pérdida de peso, fiebre, serositis, compromiso pulmonar, el síndrome de Sjögren y los síntomas neuropsiquiátricos y menos frecuentes la afectación de la piel, la fotosensibilidad y el compromiso renal^{9,11,13}. Asimismo, la edad puede modificar también las manifestaciones serológicas del LES, observándose una mayor prevalencia de anticuerpos antinucleares positivos (90%) factor reumatoide y de anticuerpos anti-Ro (90%) y anticuerpos anti-La (60%), con una menor presencia de anticuerpos anti-RNP, anticuerpos anti-DNA nativo e hipocomplementemia en comparación con el grupo de menor edad^{7,12,14}. El curso clínico del LES de inicio tardío es más benigno debido al menor compromiso de órganos y sistemas, el índice de actividad menor y el pronóstico mejor, aunque se ha comprobado que el anciano experimenta una peor supervivencia que los jóvenes, en parte por la presencia de comorbilidad

y fragilidad, debiendo remarcar que la causa de muerte en estos pacientes no es habitualmente el LES en sí mismo, sino la coexistencia de otros procesos frecuentes en el envejecimiento como son las enfermedades cardiovasculares, neoplasias e infecciones¹². Los factores de riesgo de mortalidad son bajo nivel socioeconómico, nefritis lúpica, anti DNA nativo positivo, edad e índice de actividad elevada¹⁵.

En el tratamiento de LES de inicio tardío es necesario adoptar un enfoque multidisciplinario, obteniendo información de la capacidad funcional de los pacientes para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, debiendo considerarse la presencia de comorbilidades y terapias concomitantes las cuales limitan a menudo las opciones terapéuticas del LES. El tratamiento a seguir está basado en la supresión de los síntomas lúpicos y control de la respuesta inmune mediante el uso de antiinflamatorios no esteroideos; glucocorticoides y otros inmunosupresores independiente de la edad.

En el presente caso la paciente presentó un cuadro de serositis, poliartralgias, alopecia, úlceras orales sin antecedentes de importancia que puedan enfocar el diagnóstico; después de descartarse etiologías infecciosas y neoplásicas se planteó la posibilidad de etiología inmunológica por lo que se realizaron estudios complementarios con anti-DNA, ANA, complemento, encontrando Coombs directo positivo así como títulos elevados de Anti-DNA y ANA; correlacionándose los datos de la historia clínica y paraclínicos con la nueva propuesta de criterios para LES—SLICC por sus siglas en inglés (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification*). Se consideró LES por la presencia de alopecia, poliartralgias, úlceras orales, serositis dados por derrame pleural bilateral y derrame pericárdico; compromiso hematológico por anemia cumpliendo 4 criterios clínicos y 3 criterios inmunológicos previamente nombrados. Los criterios empleados tienen una sensibilidad de 94% y una especificidad del 93%, por lo que se inició tratamiento inmunosupresor con evolución favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. L.Arnaud, A. Mathian, J. Boddaert, Z. Amoura. Late-Onset Systemic Lupus Erythematosus Epidemiology, Diagnosis and Treatment. *Drugs Aging* 2012; 29 (3).
2. Fernández de Santiago FJ, Cacho A, Conte JL, Del Villar V, Del Villar A, Medina J. Síndrome de overlap (lupus eritematoso sistémico asociado a síndrome de Sjögren) en una anciana de 76 años de edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:95-6.
3. Lazo-Torres AM, Kessel H, Gamir FJ. Lupus eritematoso sistémico en una anciana de 92 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:63.
4. Formiga F, Moga I, Pac M.V. y Pujol R.. Lupus eritematoso sistémico en un paciente de 87 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*(2005); 40(1): 53-4.
5. Ramos-Casals, Brito-Zeron, Lopez-Sotob, Font. Systemic autoimmune diseases in elderly patients: Atypical presentation and association with neoplasia. *Autoimmunity Reviews* 3 (2004) 376–382.
6. Formiga F, Moga I, Pac M, Mijavila F, Rivera A, Pujol R. Mild presentation of systemic lupus erythematosus in elderly patients assessed by SLEDAI. *Lupus.* 1999;8:462-6.
7. Catoggio LJ, Skinner RP, Smith G, Maddison PJ. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and serological characteristics. *J Rheumatol.* 1984;11:175-81.
8. Ballou SP, Khan MA, Kushner I. Clinical features of systemic lupus erythematosus. Differences related to race and age onset. *Arthritis Rheum.* 1982;25:55-60.
9. Lazaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus: Prevalence, clinical course and treatment. *Drugs Aging.* 2007;24:701–15.
10. Gaujard S, Broussolle C, Cathebras P, Dupond JL, Massot C, Ninet J, et al. Systemic lupus erythematosus with disease onset after age 65. *Rev Med Interne.* 2003;24:288–94.
11. Font J, Pallare´s L, Cervera R, Lopez-Soto A, Navarro M, Bosch X, et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly: Clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis.* 1990;49:109–13.
12. Bosch X, Formiga F, Lopez-Soto A.: Lupus eritematoso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012; 47(2): 71-75.
13. J. Rovensk , A. Tuchy ová. Systemic lupus erythematosus in the elderly. *Autoimmunity Reviews* 7 (2008) 235–239.
14. Aguirre H, posada, A, Aponte J, Estupiñan M: lupus eritematoso en el anciano: una presentación atípica de una enfermedad común. *Rev Colomb Reumatol* 2014; 21(2): 104-108.
15. Castellote FJ: lupus eritematoso sistémico de inicio agudo en un hombre de 70 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(2): 113-119, cartas científicas.

Correspondencia: Enver Vantroi Palacios Ordoñez

Correo electrónico: envervan33@hotmail.com

Fecha de recepción del trabajo: 16 Marzo 2016

Fecha de aceptación para publicación: 22 Abril 2016