

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1750>

Paciente femenina de 60 años de edad, con edema progresivo más disnea. A propósito de un caso

60-year-old female patient with progressive edema plus dyspnea. About a case

Cristian Alfonso Galarza Sánchez

cristiangalarzasanchez@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>
Investigador independiente
Ecuador

María Belén Anda Ruiz

andaruizmariabelen@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-2122-9618>
Centro de Salud Tipo B Jambi Huasi
Ecuador

Andrés Israel Miranda Juna

andresmirandajuna@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-3586-8640>
Hospital Básico OrienteMed
Ecuador

Stephanie Viviana Ramón Jaramillo

tefyramon9413@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-1731-7693>
Unidad Educativa Particular San Gerardo
Ecuador

Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez

joel.asdrubal.rodriguez@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-3107-675X>
Investigador independiente
México

Karin Jeanette Espinoza Jumbo

Karito-3000@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9658-7739>
Investigador independiente
Ecuador

Artículo recibido: 05 de febrero de 2024. Aceptado para publicación: 22 de febrero de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

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 especialmente en edad fértil, en una relación 9:1 con los hombres. Su presentación clínica es insidiosa y variable lo que nos llama la atención de este caso es la sospecha clínica por que el paciente acude con un cuadro compatible con síndrome nefrótico: proteínas mayores a 2500 gramos, hipertensión y edema de miembros inferiores que a la valoración por medio de exámenes encontramos hipoalbuminemia. Su diagnóstico se enfoca en la clínica más la determinación de Anticuerpos antinucleares y Anti dna los cuales salieron positivos. Aplicar los

criterios Eular/ ACR y Selena Sledai para el diagnóstico de caso clínico del Lupus eritematoso sistémico en un paciente femenino de 60 años. Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Resultados: Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 60 años de edad que presentó un síndrome nefrótico, acompañado de aftas orales y después de varias sospechas diagnósticas se confirmó el diagnóstico de LES. A pesar de la prevalencia más frecuente del LES en mujeres jóvenes; esta patología puede presentarse en pacientes mayores de 60 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, lo importante mencionar que pese a su antecedente de Hipertensión Arterial, nunca se debe dejar de sospechar enfermedades autoinmunes, por eso lo importante de usar criterios diagnósticos.

Palabras clave: lupus, anticuerpos antinucleares, síndrome nefrótico

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory and autoimmune multisystem disease that produces antinuclear antibodies, which is capable of affecting any organ. Its prevalence is higher in women, especially of childbearing age, than in men with a 9 :1. Its clinical presentation is insidious and variable. What draws our attention to this case is the clinical suspicion because the patient presents with a condition compatible with nephrotic syndrome, proteins greater than 2500 grams, hypertension and edema of the lower limbs that are evaluated by means of examinations. We found hypoalbuminemia. Its diagnosis focuses on the clinic plus the determination of antinuclear and anti-DNA antibodies, which came out positive. Apply the Eular criteria for the diagnosis of a clinical case of systemic lupus erythematosus in a 60-year-old female patient. Retrospective descriptive study, clinical case presentation. Results: A clinical case is presented of a 60-year-old female patient who presented nephrotic syndrome, accompanied by oral thrush and after several diagnostic suspicions, the diagnosis of SLE was confirmed. Despite the more frequent prevalence of SLE in young women; This pathology can occur in patients over 60 years of age and its diagnostic suspicion should be present in patients who present insidious clinical characteristics of SLE since its early diagnosis can avoid the systemic complications that this pathology can develop if adequate treatment is not given, which It is important to mention that despite your history of High Blood Pressure, you should never stop suspecting autoimmune diseases, which is why it is important to use diagnostic criteria.

Keywords: lupus, antinuclear antibodies, nephrotic syndrom/

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 

Cómo citar: Galarza Sánchez, C. A., Anda Ruíz, M. B., Miranda Juna, A. I., Ramón Jaramillo, S. V., Rodríguez Gutiérrez, J. A., & Espinoza Jumbo, K. J. (2024). Paciente femenina de 60 años de edad, con edema progresivo más disnea. A propósito de un caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (1), 2162 – 2177. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1750>

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (SLE, systemic lupus erythematosus) es una enfermedad autoinmunitaria en la que varios órganos, tejidos y células se dañan por la presencia de los autoanticuerpos y complejos inmunitarios. La prevalencia mujer/hombre es de 9:1, siendo en el 90% de los casos, en mujeres de edad reproductiva, aunque esta enfermedad se puede manifestar en personas de cualquier género, edad y grupo étnico como es lo importante de nuestro caso. (Sociedad Española de Medicina Interna, 2019).

El LES afecta sobre todo a mujeres jóvenes y el diagnóstico suele realizarse durante la segunda o tercera décadas de la vida; por ello, puede haber una falta de reconocimiento de esta enfermedad cuando se presenta en edades más avanzadas o en varones, por eso lo importante de la presentación de nuestro caso clínico paciente de 60 años de edad, no obstante, en alrededor del 10-20% de los casos de LES, la presentación ocurre en pacientes > 50-60 años. Este subgrupo de pacientes con LES presenta características diferentes, con una presentación más insidiosa y un curso más benigno, situación conocida como LES de comienzo tardío, clínica de un síndrome nefrótico.

Presentamos el primer caso que hemos diagnosticado en un paciente de 60 años que cumplía 27 criterios de Eular 5 puntos del American College of Rheumatology (ACR) para LES.

El Lupus Eritematoso Sistémico presenta síntomas que se manifiestan tanto al inicio como en el progreso de la enfermedad, entre ellos destacan:

- Astenia
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Afecta al aparato locomotor, por lo cual aparece artritis.
- Alteraciones cutáneas como fotosensibilidad, eritema malar, alopecia, aftas orales.
- Afectaciones a nivel del pulmón: neumonitis, pleuritis, derrames pleurales
- Afectación renal la cual es grave: síndrome nefrótico o nefrítico con hematuria, proteinuria y cilindruuria. Cursa con anticuerpos antiDNA.
- Manifestaciones hematológicas: anemia normocítica normocrómica, cursar con anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia, síndrome Evans. lo cual podría complicar el diagnóstico.
- Afectaciones neurológicas: enfermedad cerebrovascular isquémica, afectaciones emocionales, cefalea, convulsiones, confusión, etc.
- Afecciones cardiológicas: Libman-Sacks endocarditis, pericarditis, pleuritis, neumonitis, derrames, etc.
- Afecciones oculares: conjuntivitis, síndrome de Sjögren, vasculitis.

El diagnóstico de LES se basa en las manifestaciones clínicas características y los anticuerpos, así mismo, se basa en el uso de los diferentes criterios diagnósticos como los Criterios diagnósticos American Rheumatism Association (1982) y los Criterios Eular, y ACR.

Autoanticuerpos: Los pacientes con LES tienen numerosos autoanticuerpos; destacan los anticuerpos antinucleares, anti-DNA y anti-Sm que forman parte de los criterios diagnósticos de la enfermedad.; se observan presente también anticuerpos de ANA, ANCA, anticardiolipinas y factor reumatoide.

Objetivo general

- Presentación de un caso clínico de Lupus Eritematoso Sistémico en paciente femenina de 60 años de edad, con antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial.

Objetivos específicos

- Definir la escala de SLEDAI, Eular, y ACR para puntuación específica del Lupus Eritematoso Sistémico.
- Determinar las acciones terapéuticas para el paciente en base a la clínica y hallazgos obtenidos en los exámenes complementarios.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico, perteneciente a un paciente de 60 años de edad, ingresado al servicio de emergencias por presentar edema durante el periodo de enero de 2024 en la clínica de especialidades abendaño Loja – Ecuador.

Presentación del caso

Familiar de paciente refiere que desde hace 15 días y sin causa aparente presenta edema de miembros inferiores, más disnea de grandes a medianos esfuerzos, por lo que acude a facultativo de Medihospital, quien pide exámenes de sangre y indica que todo se encuentra bajo la normalidad y es enviado a la casa, paciente permanece 72 horas en su hogar en cariamanga y al no ver respuesta clínica acude a otro facultativo en la clínica abendaño, quien al revisar los exámenes del otro colega indica hospitalización más biopsia renal urgente y decide su ingreso para recibir metilprednisolona 1 gramo IV qd por 3 días más micofenolato 500 mg cada 12 horas.

Figura 1

Paciente de 60 años de edad ingresado en el Clínica Abendaño, Loja, Ecuador



Antecedentes personales patológicos

Trombosis venosa profunda en tratamiento con Mantixa 5 mg VO qd, Clopidrogel 75 mg VO qd y Daflon 1 sobre VO qd.

Dislipidemia en tratamiento Rosuvastatina 20 mg VO qd.

Hipertensión arterial grado I en tratamiento con Aldactone 50 mg VO qd y Losartan 50 mg VO qd. z

Antecedentes Quirúrgicos

Cesárea hace 20 años.

Antecedentes familiares

Madre fallece con aneurisma cerebral.

Padre presenta Parkinson.

Tabla 1

Antecedentes Gineco-obstétricos

G: 2	P: 1	C: 1	HV: 2	HM: 0	FUM: 56 años.
------	------	------	-------	-------	---------------

Examen físico

TA: 160/90 mmHg

FC: 113 lpm

FR: 21 cpm

T° Axilar: 37°C

Sat O2: 96%

Peso: 87Kg

Talla: 1.50

IMC: 38,67 obesidad grado II.

Examen físico regional

Paciente orientada en tiempo y espacio, deshidratada, afebril, con un valor de la escala de Glasgow 15/15.

Pilificación: sin lesiones en el cuero cabelludo.

Cabeza: normocefálica, simétrica. No eritema malar.

Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, agudeza visual conservada, escleras y conjuntivas pálidas.

Oídos: forma y volumen normal, conductos auditivos externos permeables.

Cavidad oral: mucosas orales semihúmedas. Presencia de aftas orales, en número de 3 diseminadas.

Labios: simétricos. Faringe y amígdala sin signos de inflamación. Lengua: seborreica, frenillo lingual normal y movilidad normal.

Cuello: Móvil, no ingurgitación yugular, reflejo hepatoyugular negativo. No adenopatías.

Tráquea: sin desviación, tiroides: no palpable.

Tórax

Inspección

Simétrico, elasticidad y expansibilidad conservada.

Palpación

No presenta dolor a la palpación superficial y profunda.

Percusión

Matidez en zona cardíaca. Sonoridad pulmonar conservada

Auscultación

Aparato cardiovascular

Taquicardico, (113lpm), Ruidos cardíacos R1 y R2 rítmicos, normofonéticos y sincrónicos con pulsos distales, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: Murmullo alveolar conservado en bases pulmonares.

Abdomen

Inspección

Distendido.

Auscultación

Ruidos hidroaéreos aumentados (60 por minuto).

Percusión

Matidez hepática.

Palpación

Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio 4/10, Signo de la oleada ascítica (-) Murphy (-) Psoas (-) Rovsing (-) Mcburney (-) Blumberg (-)

Región Lumbar: No Doloroso a la puño percusión bilateral

Extremidades

Miembros superiores

Tono y fuerza conservada, escala de Daniels 5/5.

Presencia de edema, signo de fóvea +/-4

Pulsos distales presentes.

Miembros inferiores

Tono y fuerza conservada, escala de Daniels 4/5

Presencia de edema, signo de fóvea +++/4

Reflejo de Babinski Negativo, Signo de Kernig Negativo. Pulsos distales presentes

Evolución intrahospitalaria

El diagnóstico presuntivo inicial que se considera es Síndrome Nefrótico por presentar hipertensión, proteinuria e hipoalbuminemia, por lo que se decidió realizar biopsia renal.

Consecuentemente, se solicita exámenes complementarios, en donde encontramos la presencia de anticuerpos antinucleares 1-1280 y anti-dna: positivo 1-80 mas la clínica se catálogo compatible para lupus eritematoso sistémico, con escala de índice de actividad del LES, Selena SLEDAI (systemic lupus erythematosus disease activity index, bombardier) valor distribuido de la siguiente manera: 4 Hematuria >5 hematíes/c. Excluir litiasis, infección u otras causas, 4 Proteinuria > 0.5 g/24 h. De reciente comienzo o aumento de la proteinuria ya conocida en más de 0.5 g/24 h, 2 Ulceras bucales de comienzo reciente o recurrente; Úlceras bucales o nasales, 2 Anti DNA > 25%. Técnica de Farr o por encima del valor habitual del laboratorio, y 1 Trombopenia < 100.000 plaquetas/mm³, lo que nos da un total de 13 puntos.

El tratamiento que recibió durante su hospitalización: Solución salina 0,9% 1000ml IV a 60 ml/h, Metilprednisolona 1 gramo IV QD, Prednisona (VO) 60 mg/día QD y micofenolato 500 mg cada 12 horas más Candesartan 16 mg vo qd y Rosuvastatina más omega 3 vo qd.

Informe del electrocardiograma: normal, ritmo sinusal, pr : 160, ms qrs: 80, qt: 360 ms fc: 88 x min, eje a 60 grados. p-p: normal, r-r: normal, trastornos de la despolarización. Sokolov negativo 24 mm. EKG: sobrecarga auricular izquierda.

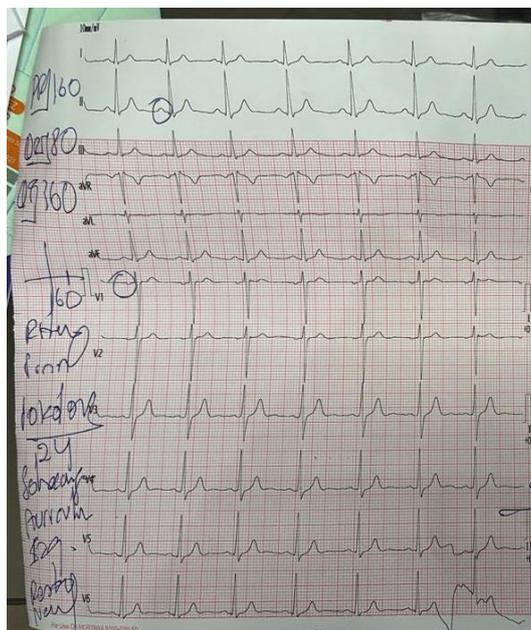


Figura 2

Electrocardiograma

Exámenes de laboratorio

Tabla 1

Exámenes de laboratorio del mes de enero 2024: Química sanguínea, ionograma y gasometría. Hematología y coagulación, biometría hemática. Inmunología. Uroanálisis. Microbiología y Coprología

SERIE ROJA			
GLOBULOS ROJOS	4610000	/uL	4,100,000 - 5,400,000
HEMOGLOBINA	11.8	g/dL	11.0 - 15.0
HEMATOCRITO	36.6	%	35.0 - 47.0
VOL.CORPUSCULAR MEDIO	79.3	fL	80.0 - 96.0
CONC.HEMOGLOBINA MED.	25.6	pg.	28.0 - 32.0
CONC.HEMOG.CORP.MED.	32.2	g/dL	32.0 - 36.0
DIST.GLOBU.ROJ-CV	13.8	%	11.5 - 16.0
DIST.GLOB.ROJ-SD	42.4	fL	40.4 - 43.3
SERIE BLANCA			
GLOBULOS BLANCOS	* 3930	/uL	4,400 - 11,500
FORMULA DIFERENCIAL	25.9	%	40.0 - 70.0
NEUTROFILOS	68.3	%	20.0 - 40.0
LINFOCITOS	2.4	%	0.5 - 5.0
EOSINOFILOS	3.4	%	2.5 - 14.0
MONOCITOS	0.0	%	0.0 - 2.0
NEUTROFILOS	1018	/uL	2,000 - 7,000
LINFOCITOS	2684	/uL	1,700 - 4,500
EOSINOFILOS	94	/uL	50 - 500
MONOCITOS	134	/uL	250 - 1,400
BASOFILOS	0	/uL	0 - 200
PLAQUETAS			
PLAQUETAS	* 98000	mm3	150,000 - 450,000
GLUCOSA BASAL	111	mg/dL	70 - 115
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1C)	4.90	%	4.8 - 5.9 Paciente diabético valor 7.00
UREA	44	mg/dL	10 - 50
CREATININA	0.81	mg/dL	0.50 - 1.20
ACIDO URICO	* 7.80	mg/dL	2.40 - 6.0
PROTEINAS TOTALES	* 5.85	g/dL	6.0 - 8.0
ALBUMINA	* 1.98	g/dL	3.8 - 5.4
GLOBULINAS	* 3.87	g/dL	2.80 - 3.60
INDICE A/G	* 0.51	g/dL	1.10 - 2.20
TGO/ASAT	26.7	U/L	0.0 - 32.0
TGP/ALAT	13.4	U/L	0.0 - 33.0
LDH (DESHIDROGENASA LACTICA)	* 235	U/L	135 - 214
FERRITINA	* 187.6	ng/mL	MUJERES: 13.0 - 150.0
PROTEINA C REACTIVA	* 10	mg/L	0.1 - 6.0
FACTOR REUMATOIDEO	* 31.4	U/ml	Menor a 20.0
COMPLEMENTO C3	138.3	mg/dL	90.0 - 180.0
COMPLEMENTO C4	13.9	mg/dL	10 - 38
ANTI-PÉPTIDO CICLICO CITRULINADO (ANTI-CCP)			
RESULTADO	7.00	U/mL	0.0 - 25.0

COCIENTE ALBUMINA/CRETININA EN ORINA	* 74.11	mg/g	NORMAL: <30 MICROALBUMINURIA: 30 - 300 MACROALBUMINURIA: >300
MICROALBUMINURIA RESULTADO	* 68	mg/dL	NEGATIVO: < 18 mg/dL POSITIVO: > 18 mg/dL
PROTEINAS ORINA 24 HORAS			
RESULTADO	* 2424.31	mg/24h	< 150 mg/24h
	VOLUMEN: 2200 mL.		
	VOLUMEN: 2200 mL.		
DATOS DEL PACIENTE			
PESO CORPORAL	87.00	Kg	
TALLA	149.00	cm	
SUPERFICIE CORPORAL	1.80	m ²	
VOLUMEN URINARIO	2200	cc	
VOLUMEN MINUTO	1.53	mL/min	
CREATININA ORINA	59.37	mg/dL	28 - 217
CREATININA SANGUINEA	0.81	mg/dL	0.50 - 1.20
DEPURACIÓN DE CREATININA			
RESULTADO	107.6	mL/min	50.0 - 150.0

Informe Parcial

Ac. Anti nucleares (ANA)

RESULTADO	* POSITIVO 1/1280 Metodo:Imunofluorescencia indirecta automatizada PATRÓN: AC-1 SUSTRATO: CÉLULAS Hep-2 Hep-2 PATRÓN: NUCLEAR HOMOGÉNEO AC-1 ANTÍGENO RELACIONADO: dsADN, nucleosomas, histonas	POSITIVO: SE CONSIDERA ANA POSITIVO LOS TÍTULOS IGUAL O SUPERIORES A 1/80. NEGATIVO: SE CONSIDERA ANA NEGATIVO LOS TÍTULOS MENORES A 1/80
-----------	--	--

Metodo:Imunofluorescencia indirecta automatizada
PATRÓN: AC-1
SUSTRATO: CÉLULAS Hep-2
PATRÓN: NUCLEAR HOMOGÉNEO AC-1
ANTÍGENO RELACIONADO: dsADN, nucleosomas, histonas

ANTI - DNA

RESULTADO	* POSITIVO 1/80	UI/ml	POSITIVO: SE CONSIDERA DNA POSITIVO LOS TÍTULOS IGUALES O SUPERIORES A 1/10 CON PATRON KINETOPLASTO. NEGATIVO: SE CONSIDERA DNA NEGATIVO LOS TÍTULOS MENORES A 1/10
-----------	-----------------	-------	--

COLESTEROL TOTAL	* 315	mg/dL	100 - 200
HDL COLESTEROL	47.0	mg/dL	45.0 - 65.0
COCIENTE COLESTEROL TOTAL/HDL	6.7		0.0 - 5.5
LDL COLESTEROL	* 199	mg/dL	50 - 172
INDICE HDL/LDL COLESTEROL	0.24		Normal > 0.19
TRIGLICERIDOS	* 346	mg/dL	35 - 135

T. SANGRIA	2'00"	minutos	1 - 5
T. COAGULACION	4'30"	minutos	4 - 10
TIEMPO PROTROMBINA	13.5	segundos	12.0 - 15.0
ACTIVIDAD PROTROMBINICA	115.7	%	70 - 130.0
I N R	0.95		0.80 - 1.20
T. PARCIAL TROMBOPLASTINA	39.6	segundos	20.0 - 50.0
DIMERO-D			
RESULTADO	* 6290	ng/mL	0.0 - 500

Informe Parcial

COOMBS DIRECTO

TEST DE COOMBS (DIRECTO)

NEGATIVO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio de anticuerpos para LES, todo esto permitió llegar a esclarecer el diagnóstico clínico del paciente.

Diagnóstico final

Lupus eritematoso sistémico SLEDAI: 13, ACR 25 criterios.

Paciente Femenino de 60 años de edad con antecedente de Hipertensión arterial, acude con cuadro clínico de edema y disnea, por lo que se plantea el siguiente síndrome edematoso crónico afebril con compromiso inmunológico. Se realizan los respectivos diagnósticos diferenciales de acuerdo a su enfermedad actual.

Se consideró los siguientes diagnósticos:

Insuficiencia Renal Aguda según la escala de Rife (R): se evidencia creatinina de 0.8 procede a sacar Clearance de Creatinina. $Clcr = ((140 - 60) \times 87 \text{kg}) / 72 \times 0.8 \times 0.85 = 74.9 \text{ ml} \cdot \text{kg} \cdot \text{min}$, por lo que descartamos este diagnóstico.

Figura 4

Escala de rifle

ESTADIO RIFLE	CRITERIOS DE CREATININA
R (risk)	Δ creat. 1,5 veces o ↓ FG > 25%
I (injury)	Δ creat. 2 veces o ↓ FG > 50%
F (failure)	Δ creat. 3 veces o ↓ FG > 75% o creatinina > 4 mg/dL con un aumento agudo > 0,5 mg/dL
L (loss)	IRA persistente = pérdida de función renal > 1 mes
E (end-stage)	Enfermedad renal terminal = Diálisis > 3 meses

Lupus Eritematoso Sistémico: Anti-DNA 80 ui/ml, Anticuerpos Antinucleares Positivo 1/1280. Con ayuda de la Escala de Sledai se consulta su puntaje de 13 Puntos.

Figura 5

Escala de SLEDAI

INDICE DE ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, Bombardier et al, 1992)			
Fecha: ___/___/___		NOMBRE: _____	
Puntuación	SLEDAI	Descriptor	Definición
8		Convulsiones	De comienzo reciente. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos.
8		Psicosis	Habilidad alterada para la función diaria debido a alteración grave en la percepción de la realidad. Incluye alucinaciones, incoherencia, asociaciones ilógicas, contenido mental escaso, pensamiento lógico, raro, desorganizado y comportamiento catatónico. Excluir i. renal y fármacos
8		Síndrome orgánico-cerebral	Función mental alterada con falta de orientación, memoria, u otras funciones intelectuales, de comienzo rápido y manifestaciones clínicas fluctuantes. Incluye disminución del nivel de conciencia con capacidad reducida para focalizar, e inhabilidad para mantener la atención en el medio, más, al menos dos de los siguientes: alteración de la percepción, lenguaje incoherente, insomnio o mareo matutino, o actividad psicomotora aumentada o disminuida. Excluir causas infecciosas, metabólicas y fármacos.
8		Alteraciones visuales	Retinopatía lúpica. Incluye cuerpos ciloïdes, hemorragias retinianas, exudados serosos y hemorragias en la coroides, o neuritis óptica. Excluir HTA, infección o fármacos.
8		Alt. Pares craneales	De reciente comienzo, motor o sensitivo.
8		Cefalea lúpica	Grave, persistente; puede ser migrañosa pero no responde a analgésicos narcóticos.
8		AVC	De reciente comienzo. Excluir arteriosclerosis.
8		Vasculitis	Ulceración, gangrena, nódulos dolorosos sensibles, infartos periangueales, hemorragias en astilla o biopsia o angiografía que confirme la vasculitis.
4		Miositis	Debilidad proximal/dolor asociado a elevación de las CPK/aldolasa o EMG sugestivo o miositis comprobada por biopsia.
4		Artritis	Más de dos articulaciones dolorosas y con signos inflamatorios.
4		Cilindros urinarios	Cilindros hemáticos o granulados.
4	✗	Hematuria	>5 hematies/c. Excluir litiasis, infección u otras causas.
4	✗	Proteinuria	> 0.5 g/24 h. De reciente comienzo o aumento de la proteinuria ya conocida en más de 0.5 g/24 h.
4		Pluria	> 5 leucocitos/c. Excluir infección.
2		Exantema nuevo	Comienzo reciente o recurrente. Exantema inflamatorio.
2		Alopecia	De comienzo reciente o recurrente. Pérdida difusa o en placas.
2	✗	Úlceras bucales	De comienzo reciente o recurrente. Úlceras bucales o nasales.
2		Pleuritis	Dolor pleurítico con roce o derrame, o engrosamiento pleural.
2		Pericarditis	Dolor pericárdico con al menos uno de los siguientes: roce, derrame, cambios electrocardiográficos o confirmación ecocardiográfica.
2		Complemento	Descenso de CH50, C3, C4 por debajo del límite inferior del laboratorio.
2	✗	Anti DNA	> 25%. Técnica de Farr o por encima del valor habitual del laboratorio.
1		Fiebre	> 38°C. Excluir infección.
1	✗	Trombopenia	< 100.000 plaquetas/mm ³ .
1		Leucopenia	< 3.000 células/mm ³ . Excluir fármacos.
PUNTAJACION TOTAL		Nota: puntúa en la escala SLEDAI si el descriptor está presente en el día de la visita o 10 días antes.	

Nota: Total 13 puntos.

La relación entre el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome nefrótico se establece a través de la afectación renal, siendo ésta una complicación común en pacientes con LES. El LES es una enfermedad autoinmune que puede afectar diversos órganos, incluyendo los riñones. En el contexto del síndrome nefrótico, se observa una mayor prevalencia de LES.

La conexión fisiopatológica radica en la respuesta autoinmune del organismo, donde los anticuerpos producidos contra los propios tejidos pueden afectar los glomérulos renales. La nefritis lúpica, caracterizada por la inflamación de los glomérulos, es una manifestación típica en estos pacientes, conduciendo al síndrome nefrótico.

Los complejos inmunes depositados en los riñones desencadenan la activación del sistema inmunológico, generando daño en la barrera de filtración glomerular y resultando en proteinuria, edema y otras características del síndrome nefrótico. La comprensión de estos mecanismos es esencial para el manejo clínico y el desarrollo de enfoques terapéuticos específicos para la afectación renal en pacientes con LES.

El nefropatía lúpica es un tipo de glomerulonefritis producida por el depósito de inmunocomplejos en un paciente con LES. Se caracteriza por la aparición de proteinuria en grado variable (40-100% de los casos), alteraciones en el sedimento urinario (hematuria hasta en el 80%), deterioro de la función renal (40-80%) y en algunos casos, desarrollo de hipertensión arterial (15-50%). Lo importante del uso de la biopsia renal para hacer un diagnóstico preciso según la última clasificación histológica de la International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS).

Figura 6

Resultados de la biopsia renal

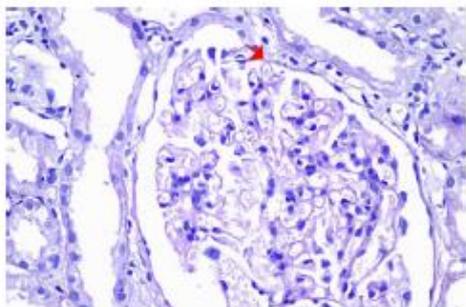
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Se recibieron en formol dos cilindros de tejido renal, producto de biopsia percutánea. El material se revisó por transiluminación y se determinó que corresponde a corteza y médula. Se destinó en su totalidad para estudio de microscopía de luz, para lo cual se fijó en formol buffer al 10%, se incluyó en parafina y se realizaron cortes que se tiñeron con Hematoxilina y Eosina, PAS, tricrómico de Masson y Metenamina de Jones.

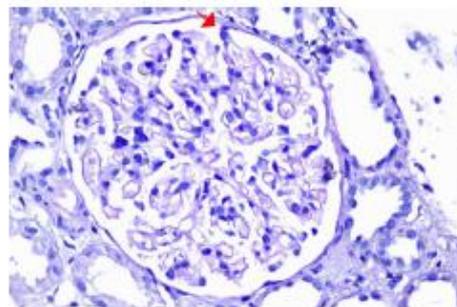
Bloques: 1
Laminillas: 4

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

En los cortes histológicos de la muestra enviada para microscopía de luz se observan dos fragmentos de parénquima renal (corteza y médula). Cuentan en conjunto con 10 glomérulos por sección, uno de éstos (el 10% del total de glomérulos de la muestra) presenta esclerosis global, y cuatro más (40%) presentan lesiones esclerosantes segmentarias, dos de localización perihiliar y dos más de localización no específica, con hialinosis en las mismas y glomerulomegalia compensatoria. Las asas capilares se encuentran abiertas, con algunos segmentos plegados, sin espículas ni defectos de llenado que sean visibles con las tinciones especiales. Hay ensanchamiento leve de la matriz mesangial. No se observan cambios proliferativos extracapilares ni endocapilares activos. El intersticio tiene parches de fibrosis con atrofia tubular asociada que afectan a una superficie cortical aproximada del 10-15% (grado I), con zonas de pérdida de parénquima. El epitelio tubular presenta pérdida focal del epitelio de revestimiento y cambios regenerativos leves. Los vasos arteriolares preglomerulares, intersticiales y las arterias de pequeño calibre tienen engrosamiento moderado de la pared a expensas de, hipertrofia y esclerosis de la capa media.



PAS, 40x. Lesión esclerosante segmentaria (flecha).

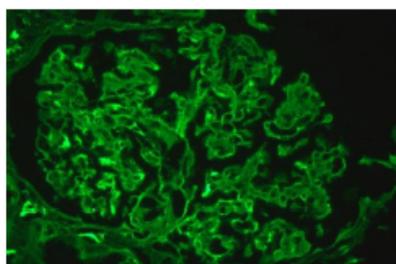


PAS, 40x. Esclerosis segmentaria.

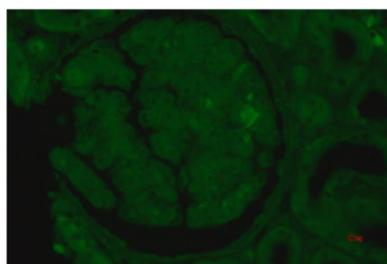
ESTUDIO DE INMUNOFLORESCENCIA DIRECTA EN TEJIDO DESPARAFINADO

En los cortes del material destinado para el estudio de inmunofluorescencia directa se observa un fragmento de parénquima renal que cuenta con 7 glomérulos. El resultado del estudio fue el siguiente:

- IgG: Negativo
- IgA: Negativo
- IgM: Negativo
- C1q: Negativo



IgG, 40x



C1q, 40x

DIAGNÓSTICO: RIÑÓN (BIOPSIA POR PUNCIÓN)

- PODOCITOPATÍA DE TIPO ESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA VARIEDAD NOS
- LESIÓN TUBULAR AGUDA FOCAL CON CAMBIOS REGENERATIVOS LEVES DEL EPITELIO TUBULAR.
- FIBROSIS INTERSTICIAL EN PARCHES GRADO I.
- ARTERIOESCLEROSIS MODERADA
- ARTERIOPATÍA CRÓNICA.
- LÉASE DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA Y NOTA.

NOTA: DE MOMENTO NO SE IDENTIFICA DAÑO GLOMERULAR SECUNDARIO A DEPOSITO DE COMPLEJOS INMUNES. LA MAYOR PARTE DEL DAÑO GLOMERULAR PUEDE ATRIBUIRSE A LA CONDICIÓN HIPERTENSIVA. En este momento la muestra presenta un grado de cronicidad moderado (puntuación de cronicidad 5/10) (glomeruloesclerosis 2/3, atrofia tubular 1/3, fibrosis intersticial 1/3 y arterioesclerosis 1/1).

Dr. Sebastián Coronel Montero.
PATÓLOGO/ ALTA ESPECIALIDAD NEFROPATOLOGÍA

Se determinó como diagnósticos finales:

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – LES (Ver Anexo. Figura 1. Criterios de American Rheumatism Association (1982) para clasificación de LES)

Cumple con los siguientes criterios:

Anticuerpos antinucleares ANA positivo, Alteración inmunológica, Afectación hematológica, Afectación renal y Úlceras bucales:

CUMPLE CON 5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION (1982) (ver Anexo. Figura 2. Criterios Eular 27 puntos=

Cumple con los siguientes criterios:

- Anticuerpos antinucleares ANA positivo
- Manifestaciones cutáneas
- Úlceras orales (2 puntos)
- Anticuerpos específicos de lupus eritematoso sistémico:
- Anticuerpo anti-DNA bicatenario (6 puntos).

Tabla 2

Renal

Renal: Proteinuria (> 0,5 g/24 h) Biopsia renal de clase II o nefritis lúpica V Biopsia renal clase III o nefritis lúpica IV	4 puntos 8 puntos
---	----------------------

Tabla 3

Hematológico

Hematológico: Leucopenia (< 4000/mcL) Trombocitopenia grave (recuento de plaquetas < 100.000/mcL) Hemólisis autoinmunitaria [d]	3 puntos 4 puntos
--	----------------------

CUMPLE CON 27 PUNTOS DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EULAR

Además, se confirma el LES, con exámenes de inmunología de Anticuerpos ANA positivo, mayor a 1/1280, con patrón homogéneo.

Déficit de Vitamina D, confirmada mediante examen hormonal.

Hipotiroidismo, APP con tratamiento actual con levotiroxina.

CONCLUSIONES

Las enfermedades autoinmunes constituyen procesos patológicos en los cuales el sistema inmunitario ataca a componentes normales del propio organismo, aunque su etiología es desconocida, su prevalencia sigue en aumento. Se estableció el diagnóstico definitivo de Lupus Eritematoso Sistémico mediante la prueba inmunológica de anticuerpos antinucleares ANA positivo, mayor a 1/1280, con patrón homogéneo; y criterios American Rheumatism Association (1982) para clasificación de LES (5 criterios) y criterios Eular (27 puntos), pruebas que son de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Se obtuvo mediante hallazgo ocasional el diagnóstico de Déficit de vitamina D.

Nuestro paciente estudiado mostró un predominio de actividad leve a moderada de la enfermedad según escala Selena-SLEDAI con un total de 13 puntos, donde prevaleció la misma en casi la mitad de la población. La presencia de daño renal fue superior a la reportada por otros estudios.

REFERENCIAS

Alcais A, Fieschi C, Abel L, Casanova JL. Tuberculosis in children and adults: two distinct genetic diseases. *J Exp Med* 2005;202:1617-21.

Alejandro Bravo Paredes, Andrea Aguayo Escobar, Patricia Paredes Lascano, Psicosis como expresión clínica de Lupus Eritematoso Sistémico en una Adolescente. , *Mediciencias UTA: Vol. 4 Núm. 3 (2020): Julio 2020 - Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*

Catoggio LJ, Skinner RP, Smith G, Maddison PJ. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and serological characteristics.. *J Rheumatol*, 11 (1984), pp. 175-81

Cervera R, Khamashta M, Font J, et al. Systemic lupus erythematosus clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1000 patients. *Medicine (Baltimore)*, 72 (1993), pp. 113-24

Correa PA, Gomez LM, Anaya JM. [Polymorphism of TNF-alpha in autoimmunity and tuberculosis] *Biomedica*. 2004;24(Supp1):43-51.

Correa PA, Gomez LM, Cadena J, Anaya JM. Autoimmunity and tuberculosis. Opposite association with TNF polymorphism. *J Rheumatol* 2005;32:219-24.

Catoggio LJ, Skinner RP, Smith G, Maddison PJ. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and serological characteristics.. *J Rheumatol*, 11 (1984), pp. 175-81

DeMarco PJ, Szer IS. Systemic lupus erythematosus in childhood. En: *Systemic Lupus Erythematosus*. Lahita RG (ed), Elsevier 4th ed. San Diego 2004;pp485-514.

Doffinger R, Helbert MR, Barcenas-Morales G, et al. Autoantibodies to interferon-gamma in a patient with selective susceptibility to mycobacterial infection and organ-specific autoimmunity, *Clin Infect Dis* 2004;38:1

Formiga F, Moga I, Pac M, Mitjavila F, Rivera A, Pujol R.. Mild presentation of systemic lupus erythematosus in elderly patients assessed by SLEDAI. *Lupus*, 8 (1999), pp. 462-6

Formiga F, Moga I, Pac M, Mitjavila F, Rivera A, Pujol R. High disease activity at baseline does not prevent remission in patients with systemic lupus erythematosus.. *Rheumatology*, 38 (1999), pp. 724-7

García-Laorden MI, Peña MJ, Caminero JA, García-Saavedra A, Campios MI, Caballero A y cols. Influence of mannose-binding lectin on HIV infection and tuberculosis in a Western European population. *Mol Immunol* 2006;43:2143-50

Garred P, Madsen HO, Halberg P, Petersen J, Kronborg G, Svejgaard A et al. Mannose-binding lectin polymorphisms and susceptibility to infection in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1999;42:2145-52

Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. *Tubercle* 1991;72:1.

Klein-Gitelman M, Reiff A, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus in childhood. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:561-77.

Hochberg MC. The incidence of systemic lupus erythematosus in Baltimore, Maryland, 1970-1977. *Arthritis Rheum* 1985;28:80-6.

María Augusta Solís Serrano, Gabriela de las Mercedes Cadena Garcés, Verónica Gabriela Salinas Velastegui, Caracterización Clínica, Terapéutica y Pronóstica En Nefritis Lúpica, A Propósito De Un Caso. , *Mediciencias UTA: Vol. 4 Núm. 4 (2020): Octubre 2020 - Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*

Reichenbach J, Rosenzweig S, Doffinger R, Dupuis S, Holland SM, Casanova JL. Mycobacterial diseases in primary immunodeficiencies. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2001;1:503-11.

Sanford AN, Suriano AR, Herche D, Dietzmann K, Sullivan KE. Abnormal apoptosis in chronic granulomatous disease and autoantibody production characteristic of lupus. *Rheumatology* 2006;45:178-81.

Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. HIV and autoimmunity. *Autoimm Rev* 2002;1:329-337.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .