

63

287

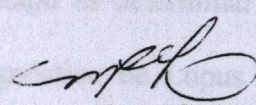
MED.
FOSIS
E 7761
2003

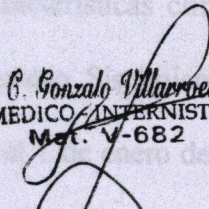
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
DIVISION POSTGRADO
CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO N° 2

RESUMEN:

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad polimorfa de etiopatogenia desconocida y mal delimitada, caracterizado por compromiso multifásico y evoluciones en brotes. Con presencia de autoanticuerpos en la lesión tisular.

**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO :
ESTUDIO DE 20 CASOS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL OBRERO N° 2 CAJA NACIONAL DE SALUD
1 DE ENERO 2000 A 31 DICIEMBRE 2003**


Dra. Plácida Garrón Torrico
NEFROLOGIA
MP G-501 MCM G-108


Dr. Gonzalo Villarroel A.
MEDICO INTERNISTA
Mat. V-682

AUTORA: Dra. ELVY H. ESPINOZA DAVILA
RESIDENTE MEDICINA INTERNA

TUORES: Dra. PLACIDA GARRON
MEDICO NEFROLOGA

DR. JOSE A. CLAVIERO MAIDANA
JEFE DPTO. MEDICINA
Mat. Prof. C-450 C.N.S.

Dr. GONZALO VILLARROEL
MEDICO INTERNISTA

COCHABAMBA - BOLIVIA

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:

ESTUDIO DE 20 CASOS

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL OBRERO N° 2 DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD

1 DE ENERO 2000 A 31 DE DICIEMBRE 2003

RESUMEN:

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad polimorfa de etiopatogenia desconocida y mal delimitada, caracterizado por compromiso multisistémico y evolución en brotes. Con presencia de autoanticuerpos en la lesión tisular mediada inmunológicamente .

Realizar diagnóstico precoz ante manifestaciones clínicas sugerentes, coadyuvada por exámenes de laboratorio , mejora el pronóstico del compromiso de ciertos órganos y sistemas.

El objetivo principal del trabajo es determinar las características clínicas y laboratoriales empleadas en el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en el servicio de Medicina Interna en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 y 31 de diciembre del 2003.

Se efectuó la revisión de historias clínicas del servicio de Medicina Interna, Hematología y Nefrología de pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, se aplica los criterios de Diagnóstico del American College of Rheumatology y la hoja de recolección de datos. Se estudiaron 23 casos, excluyéndose a tres pacientes, dos de ellos por no hallarse el registro de la historia clínica, un paciente portador de lupus congénito que no cumplía con los criterios de inclusión.

Según los resultados obtenidos el 18 casos (90 %) corresponden al sexo femenino, 2 casos (10 %) al masculino, 15 casos (70 %) se encuentra entre los 20 y 39 años de edad. El 100 % presentaban manifestaciones generales, y alteraciones relacionadas al sistema músculo esquelético, 16 casos (80 %) con compromiso cutáneo mucoso, 10 casos (50 %) con manifestaciones cardiopulmonares, 7 casos (35 %) cuadros gastrointestinales, 9 casos (45 %) compromiso renal. Alteraciones hematológicas 5 casos (25 %). El 100 % presentaron Anticuerpos anti-DNA , ANA, e hipocomplementemia. Factor reumatoideo positivo en 15 %. Entre los criterios empleados en el diagnóstico fueron en el 100 % de los casos el perfil inmunológico tradicional, artritis; 17 casos (85 %) exantema malar, 11 casos (55 %) fotosensibilidad, serositis en 7 casos (35 %), compromiso renal en 9 casos (45 %); 15 casos (85 %) llegaron a cumplir mas de cuatro criterios diagnósticos, 12 casos (60 %) se efectuó el diagnóstico entre los 13 – 36 meses después de iniciada la sintomatología

En el total de pacientes se evidenció compromiso multisistémico con manifestaciones de tipo general y musculoesquelético, acompañados de manifestaciones cardiopulmonares y en menor grado renal y cerebral. Las manifestaciones vasculíticas y oftálmicas fueron excepcionales. Por las características propias de la enfermedad y las manifestaciones clínicas inicialmente inespecíficas, el retardo en el diagnóstico fue de mas de dos años en dos tercios del grupo en estudio.

PALABRAS CLAVES:

Lupus Eritematoso Sistémico, Autoanticuerpos, Criterios diagnósticos (Según *American College of Rheumatology*)

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema	1
3. Objetivo general	2
4. Objetivos específicos.....	2
5. Marco teórico	2
6. Metodología.....	27
6.1. Tipo de investigación.....	27
6.2. Área de estudio.....	27
6.3. Universo.....	28
6.4. Definición de las variables.....	28
6.5. Criterios de inclusión.....	28
6.6. Criterios de exclusión.....	28
6.7. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	29
7. Resultados.....	29
8. Discusión.....	31
9. Conclusiones.....	32
10. Recomendaciones.....	33
11. Bibliografía.....	34
12. Anexos.....	35
13. Gráficos.....	38

3. OBJETIVO GENERAL: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO:

Determinar las características clínicas y laboratoriales empleadas en el diagnóstico

de Lupus Eritematoso Sistémico en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Obrero

Nº 2 de la Caja Nacional de Salud: de diciembre

del 2003. **1 ENERO DE 2000 A 31 DICIEMBRE DE 2003**

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. INTRODUCCIÓN:

1. Determinar la prevalencia de LES en el Hospital Obrero Nº 2 de la CNS por edad y

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad polimorfa de etiopatogenia desconocida y frontera mal delimitada, que se caracteriza por un compromiso multisistémico y evolución en brotes. Es llamativa la presencia de autoanticuerpos en la lesión tisular mediada inmunológicamente .

Todas las razas pueden estar afectadas, pero los pacientes de la raza negra son particularmente sensibles a ella, su predominio es femenino, en una proporción de 9 a 1, se puede presentar en niños y ancianos, pero la edad pico de comenzar los primeros síntomas se encuentra entre 15 y 25 años. La edad media al efectuar el diagnóstico es de 30 años.

El realizar un diagnóstico precoz ante manifestaciones clínicas sugerentes, coadyuvada por exámenes de laboratorio , mejoraría el pronóstico especialmente ante el compromiso de ciertos órganos y sistemas.

es una enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una lesión tisular y citológica por el depósito de autoanticuerpos

90 % de los casos se registra en mujeres,

habitual; ¿Cuáles son las características clínicas y laboratoriales empleados en el diagnóstico

de Lupus Eritematoso Sistémico en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obrero

Nº 2 de la CNS ? Es más frecuente en la raza negra. La proporción entre sexos en la edad

adulto es de 9:1 a favor del femenino, pero en la infancia la relación puede ser de 5:1 y

3. OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características clínicas y laboratoriales empleadas en el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obrero N° 2 de la CNS en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 y 31 de diciembre del 2003.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la prevalencia de LES en el Hospital Obrero N° 2 de la CNS por edad y sexo en el periodo comprendido entre el 1 enero del 2000 y 31 diciembre del 2003.
2. Describir las manifestaciones clínicas de pacientes que cursan con LES
3. Establecer el tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas antes de determinar el diagnóstico
4. Identificar las alteraciones laboratoriales en pacientes con LES.
5. Señalar los criterios clínicos y laboratoriales empleados en el diagnóstico de LES.
6. Indicar el número de criterios empleados en el diagnóstico de LES

5. MARCO TEÓRICO

5.1. DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una lesión tisular y citológica por el deposito de autoanticuerpos e inmunocomplejos de carácter patógeno. El 90 % de los casos se registra en mujeres, habitualmente en edad fértil, aunque también se pueden afectar niños, varones y ancianos.

La prevalencia del LES oscila, según la población estudiada, entre 4 y 250 casos por 100.000 habitantes. Es más frecuente en la raza negra. La proporción entre sexos en la edad adulta es de 9:1 a favor del femenino, pero en la infancia la relación puede ser de 5:1 y

entre pacientes mayores de 65 años de 2:1. En el 65% de los casos la enfermedad comienza entre la segunda y la cuarta décadas de la vida; el 20% de los enfermos tiene menos de 16 años y el 15% restante más de 55 años

5.2. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.

Ambas se desconocen, aunque en la etiología se ha propuesto la participación de diversos factores y en la patogenia se han sugerido varias hipótesis. Los factores etiológicos que se han implicado son de diferente índole: infecciosa, hormonal, genética, ambiental y química.

La participación de un agente infeccioso, concretamente de un virus, se ha propuesto a causa de diversas observaciones clinicobiológicas.

La influencia hormonal y el sexo, se deduce por la clara prevalencia del LES en las mujeres, durante la edad fértil es siete a nueve veces mayor que en los varones, mientras que la relación entre mujeres y varones se reduce a 3: 1 en los años pre y post menopausicos; así como por su mayor frecuencia entre individuos con síndrome de Klinefelter. En animales de experimentación la enfermedad se modifica con estímulos estrogénicos, que tendrían la capacidad de variar la respuesta autoinmune.

Con respecto a la contribución genética, se ha demostrado que tanto la enfermedad como ciertas alteraciones inmunológicas tienen mayor prevalencia (0,4-5%) entre los familiares que en la población normal. Por otro lado, los estudios del sistema HLA revelan una asociación con el HLA-B8, HLADR3y HLA-DR2. Asimismo, en la raza negra, el LES es 3 veces más frecuente, y algunos déficit de factores del complemento(C2 y C4) se pueden relacionar con él.

Otros posibles factores implicados serían las radiaciones ultravioleta (UV-B a veces la UV-A), como desencadenantes de ciertas lesiones cutáneas, y determinadas dietas ricas en grasas, con capacidad para modificar la respuesta inmunológica.

Por último, la posibilidad de que algunos fármacos, como la hidralazina o la procainamida, entre otros, induzcan la aparición de un pseudolupus ha justificado la hipótesis que sugiere la participación de un elemento externo de tipo químico como agente etiológico. Pero todos los factores o agentes hasta aquí señalados no son más que elementos preparatorios o inductores del proceso crucial en la patogenia de la enfermedad: el trastorno en la regulación de la inmunidad.

En el LES se pueden detectar alteraciones de casi todos los componentes del sistema inmune, tanto humoral como celular. En sentido amplio puede indicarse que existe una hiperactividad de los linfocitos B junto a una supresión de algunas funciones reguladoras de los linfocitos T y de los macrófagos. Esto se traduce fundamentalmente en una gran producción de anticuerpos y en la imposibilidad, además, de que se module esta exagerada respuesta policlonal.

Algunos de estos anticuerpos tienen una acción directa antígeno específica, como pueden ser los antihemátie, antiplaqueta o antifosfolípido; otros, como los antilinfocito, podrían representar un papel en el propio trastorno de la inmunorregulación; la mayoría de ellos formarían complejos inmunes, cuyo depósito tisular se seguiría de una respuesta inflamatoria (DNA-anti-DNA). La capacidad para fijar complemento, el tipo de inmunoglobulina, la afinidad por ciertos tejidos y las propiedades fisicoquímicas o eléctricas son también características de los anticuerpos que contribuyen a explicar sus diferentes posibilidades patogénicas.

En definitiva, la propuesta etiopatogénica más aceptada es la que considera que un estímulo o varios estímulos etiológicos (agente infeccioso, radiación u otros) actuarían

sobre una serie de variables de un huésped genéticamente susceptible, como la inmunidad celular, la inmunidad humoral, el sistema mononuclear fagocítico y/o el sistema del complemento.

La interacción de éstos originaría la aparición de mediadores (inmunocomplejos circulantes, anticuerpos citotóxicos, células citotóxicas y/o mediadores químicos) que, como sistemas efectores, serían responsables de las distintas manifestaciones de la enfermedad.

5.3. CUADRO CLÍNICO.

Inicialmente, el LES puede afectar prácticamente a cualquier órgano o sistema, o bien puede tener carácter multisistémico. Los autoanticuerpos se pueden detectar antes del inicio de la enfermedad. La gravedad varía entre leve e intermitente, o persistente y fulminante. La remisión verdadera, sin ningún síntoma y sin necesidad de tratamiento añadido, ocurre en menos del 20 % de los enfermos y habitualmente no es permanente.

Tanto al comienzo como durante el curso clínico, la enfermedad puede acompañarse de manifestaciones generales en forma de astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso y malestar general.

5.3.1. Musculoesqueléticas:

Las artromialgias son prácticamente constantes y se manifiestan en el 95% de los pacientes; la mayoría padece artritis intermitente. El dolor no suele guardar relación con las alteraciones observadas en la exploración física, como tumefacción fusiforme y simétrica de las articulaciones (interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas y rodillas), hinchazón difusa de manos y pies, y tenosinovitis. La artritis es, en general, no erosiva, no deformante ; afecta dos o más articulaciones periféricas. En el 10% de los enfermos se observan deformidades en flexión, desviación cubital, laxitud articular y dedos en cuello de

cisne; tales deformaciones, que son fácilmente reducibles, se deben a la inestabilidad articular producida por la laxitud de los tendones, ligamentos y cápsula articular (artropatía de Jaccoud), aunque esta artropatía es más frecuente en pacientes con larga evolución de su enfermedad, puede presentarse en etapas más tempranas (dos primeros años); los casos graves en los que puede afectar otras articulaciones aparte de las manos, se ha relacionado con la terapia glucocorticoidea y a la presencia de anticuerpos anti UI RNP. La necrosis avascular puede estar presente en el 30% de los casos; hay dolor articular, pero no es raro que sea asintomática y que se detecte por estudio gammagráfico; las cabezas femoral y humeral son las localizaciones más frecuentes; en la mayoría de las ocasiones existe una clara relación entre su presencia y la administración de glucocorticoides. La afectación muscular se manifiesta en el 20-30% de los enfermos; suele ser en forma de mialgias y debilidad muscular y, más raras veces, como una verdadera miositis; también ha de valorarse la posibilidad de una miopatía medicamentosa (por glucocorticoides o antipalúdicos).

5.3.2. Cutáneas:

Después de la afectación articular, las manifestaciones cutáneas son las que con mayor frecuencia están presentes al comienzo de la enfermedad. Las lesiones cutáneas se observan hasta en el 70-80% de los enfermos.

En la actualidad la afectación de la piel se divide en tres formas clínicas:

- ***Lupus cutáneo agudo***

Cuya manifestación más característica es el eritema malar, en alas de mariposa o en vespertilio, que afecta las mejillas y el puente de la nariz. Suele aparecer en la mitad de los casos, generalmente después de una exposición solar y en las exacerbaciones de la enfermedad; puede preceder a otras manifestaciones y no deja cicatrices salvo una discreta hiperpigmentación, y sobre todo, múltiples telangiectasias que producen enrojecimiento