



*FIEBRE EN PACIENTE
CON NEFROPATIA
LÚPICA...
¿QUÉ HACER?*

LUIS SAEZ COMET
ESTHER ARTAJONA RODRIGO
ZARAGOZA, 19 / 10 / 2013 HUMS -UEAS

PRESENTACION CASO

PRESENTACION CASO

- Mujer de 28 años , SIN ALERGIAS CONOCIDAS.
- No antecedentes medico-quirúrgicos de interés.
- Fumadora 20 cigarrillos/día.

PRESENTACION CASO

- Mujer de 28 años , SIN ALERGIAS CONOCIDAS.
- No antecedentes medico-quirúrgicos de interés.
- Fumadora 20 cigarrillos/día.
- Vista por primera vez en consulta de UEAS (2008), por cuadro de 2 años de evolución consistente en:

- ✓ ARTRALGIAS : manos, caderas y rodillas con rigidez matinal, inflamación e impotencia funcional.
- ✓ MIALGIAS Y DEBILIDAD MUSCULAR.
- ✓ FEBRICULA /FIEBRE DE PREDOMINIO VESPERTINO.
- ✓ RASH MALAR Y FOTOSENSIBILIDAD.
- ✓ RAYNAUD DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN.
- ✓ AFTAS ORALES Y XEROSTOMÍA.

PRESENTACION CASO

-EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Acné facial, ligero **eritema facial** y en mentón.
- **Livedo reticularis** en antebrazo.
- **Eritema en palmas** de manos con descamación.
- Frialdad periférica, no signos de esclerodactilia.
- ACP: RsCsRs a 80 lpm, no soplos ni roces. Normoventilación.
- Abdomen: ligera esplenomegalia.
- EELL: no edemas, no signos de TVP. No lesiones cutáneas.

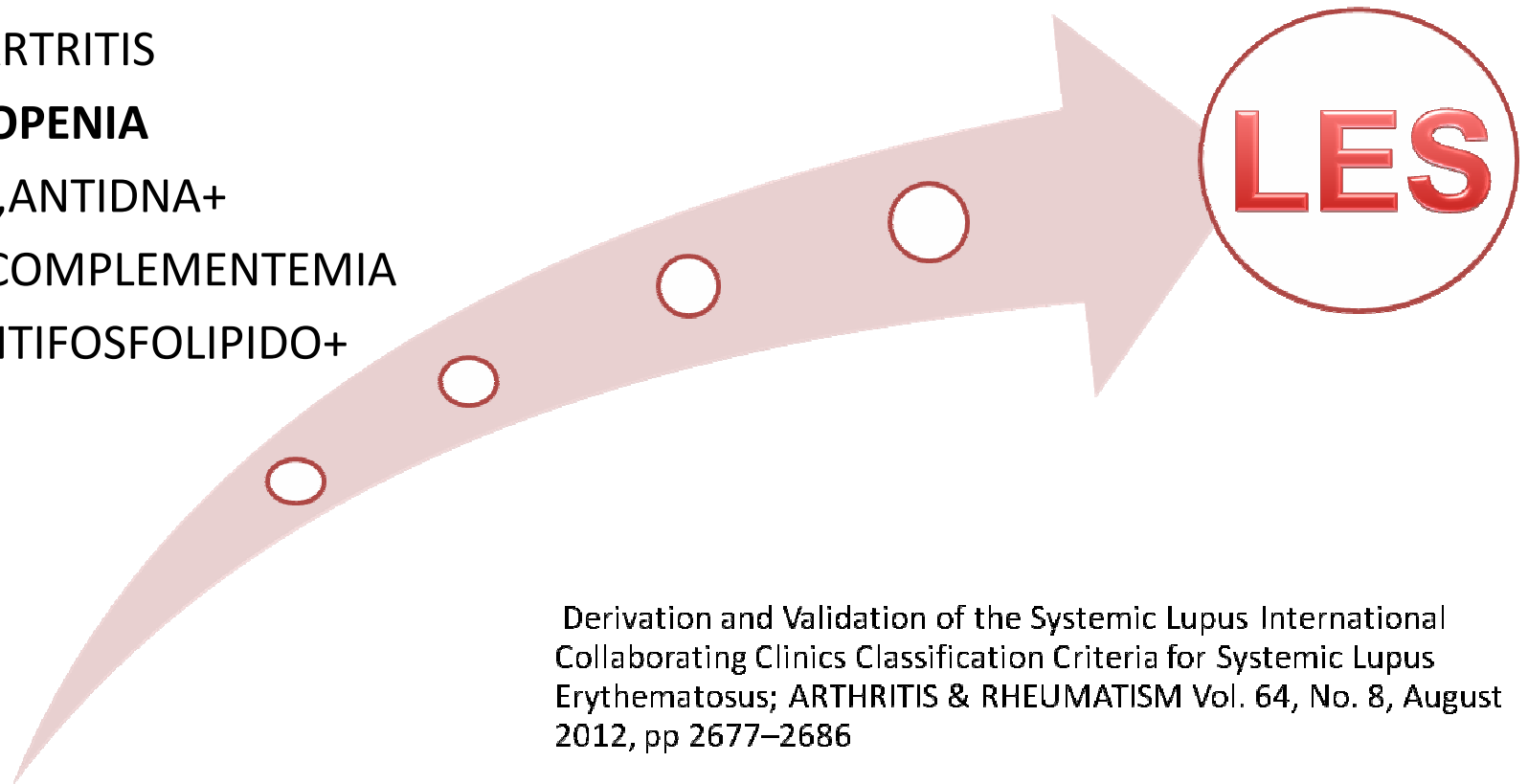
- ❖ BIOQUIMICA: **PCR 12,3; VSG: 100**. Resto N, incluida función renal y hepática.
- ❖ HEMOGRAMA: **3700 leucocitos** ; Hb: 10,9; Hto: 34%; plaquetas: N.
- ❖ PERFIL AUTOINMUNIDAD: **ANA+++; Anti-nDNA++;Ro+;RNP+++; IgG ACL 50 ; IgG AB2 44**.
- ❖ ECOGRAFIA ABDOMINAL: Normal.
- ❖ GAMMAGRAFIA ÓSEA: **Sacroileitis+ artropatia**.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ☐ FIEBRE
- ✓ **RASH MALAR, AFTAS ORALES, FOTOSENSIBILIDAD**
- ☐ LIVEDO RETICULARIS, XEROSTOMIA
- ☐ POLIARTRITIS
- ✓ **LEUCOPENIA**
- ☐ ANA+, Anti-DNA+
- ☐ HIPOCOMPLEMENTEMIA
- ☐ AC ANTIFOSFOLIPIDO+

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ☐ FIEBRE
- ✓ **RASH MALAR, AFTAS ORALES, FOTOSENSIBILIDAD**
- ☐ LIVEDO RETICULARIS, XEROSTOMIA
- ☐ POLIARTRITIS
- ✓ **LEUCOPENIA**
- ☐ ANA+, ANTIDNA+
- ☐ HIPOCOMPLEMENTEMIA
- ☐ AC ANTIFOSFOLIPIDO+



Derivation and Validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus; ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 64, No. 8, August 2012, pp 2677–2686

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON AFECTACIÓN CUTÁNEO-ARTICULAR Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDO



LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON AFECTACIÓN CUTÁNEO-ARTICULAR Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDO

Se inicia tratamiento:

- o DOLQUINE 200 mg/d
- o PREDNISONA 45 mg/dia, en pauta descendente.
- o AAS 100 mg/d
- o CALCIO Y VITAMINA D
- o AINES SI DOLOR.



EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/dia (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0

EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/dia (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0
2009	PERSISTENCIA ARTRALGIAS	-AZATIOPRINA 50 1-0-1 → 1-1-1 -PREDNISONA

EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/día (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0
2009	PERSISTENCIA ARTRALGIAS	-AZATIOPRINA 50 1-0-1 → 1-1-1 -PREDNISONA
2010	BROTE ARTICULAR/CUTANEO	-METOTREXATO 10mg/sem→20mg/sem -PREDNISONA 45 mg/día

EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/día (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0
2009	PERSISTENCIA ARTRALGIAS	-AZATIOPRINA 50 1-0-1 → 1-1-1 -PREDNISONA
2010	BROTE ARTICULAR/CUTANEO	-METOTREXATO 10mg/sem→20mg/sem -PREDNISONA 45 mg/día
2011	ARTRALGIAS + FEBRICULA	-AZATIOPRINA 50 1-1-1 (se suspende MTX por aumento de transaminasas) +PREDNISONA

EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/día (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0
2009	PERSISTENCIA ARTRALGIAS	-AZATIOPRINA 50 1-0-1 → 1-1-1 -PREDNISONA
2010	BROTE ARTICULAR/CUTANEO	-METOTREXATO 10mg/sem→20mg/sem -PREDNISONA 45 mg/día
2011	ARTRALGIAS + FEBRICULA	-AZATIOPRINA 50 1-1-1 (se suspende MTX por aumento de transaminasas)+PREDNISONA
2012	PROTEINURIA 1,5g/L (orina simple)	-MICOFENOLATO MOFETILO 500 1-0-1

EVOLUCIÓN/TRATAMIENTO

FECHA	CLINICA	TRATAMIENTO
2008	BROTE ARTICULAR/ PLEUROPERICARDITIS	-PREDNISONA 1mg/kg/día (descenso) -HIDROXICLOROQUINA 200 1-0-0
2009	PERSISTENCIA ARTRALGIAS	-AZATIOPRINA 50 1-0-1 → 1-1-1 -PREDNISONA
2010	BROTE ARTICULAR/CUTANEO	-METOTREXATO 10mg/sem→20mg/sem -PREDNISONA 45 mg/día
2011	ARTRALGIAS + FEBRICULA	-AZATIOPRINA 50 1-1-1 (se suspende MTX por aumento de transaminasas)+PREDNISONA
2012	PROTEINURIA 1,5g/L (orina simple)	-MICOFENOLATO MOFETILO 500 1-0-1 -PREDNISONA
2013	PROTEINURIA 1,57g/L (orina 24 h) (no acepta biopsia renal)	-MICOFENOLATO MOFETILO 500 2-0-2 -PREDNISONA 10 mg/d

BIOPSIA RENAL

1-American College of Rheumatology Guidelines for Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis. Arthritis Care & Research Vol. 64, No. 6, June 2012, pp 797–808

2- Bertsias GK, Tektonidou M, Amoura Z, et al. Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of adult and pediatric lupus nephritis. Ann Rheum Dis 2012 Jul 31.

3. Ruiz Irastorza G, Espinosa G, Frutos MA, et al. Spanish Society of Internal Medicine (SEMI); Spanish Society of Nephrology (SEN). Diagnosis and treatment of lupus nephritis. Consensus document from the systemic auto-immune disease group (GEAS) of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI) and Spanish Society of Nephrology (S.E.N.). Nefrologia 2012; 32 Suppl 1:1-35.

BIOPSIA RENAL

INDICACIÓN SI SOSPECHA NEFROPATÍA LÚPICA:

- -Deterioro de la función renal.
- - Proteinuria ≥ 0.5 g/24 h demostrada en 2 ó más ocasiones .
- - Hipertensión arterial significativa, de reciente inicio, sobretodo en pacientes jóvenes.
- - Sedimento urinario persistentemente patológico (hematuria, cilindros granulosos) después de descartar infección urinaria.
- - El aumento significativo y progresivo de los niveles de Ac. anti-DNAn y/o el descenso marcado de los niveles de C3 y C4 .

1-American College of Rheumatology Guidelines for Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis. Arthritis Care & Research Vol. 64, No. 6, June 2012, pp 797–808

2- Bertsias GK, Tektonidou M, Amoura Z, et al. Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of adult and pediatric lupus nephritis. Ann Rheum Dis 2012 Jul 31.

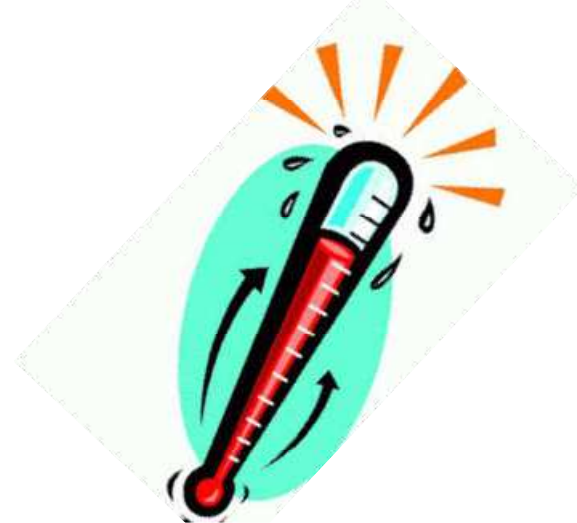
3. Ruiz Irastorza G, Espinosa G, Frutos MA, et al. Spanish Society of Internal Medicine (SEMI); Spanish Society of Nephrology (SEN). Diagnosis and treatment of lupus nephritis. Consensus document from the systemic auto-immune disease group (GEAS) of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI) and Spanish Society of Nephrology (S.E.N.). Nefrologia 2012; 32 Suppl 1:1-35.

EPISODIO ACTUAL...



EPISODIO ACTUAL...

- Junio 2013...
- Acude a urgencias por **fiebre (38°C)** y malestar general de una semana de evolución.
- **Dudoso síndrome miccional.**
- No clínica respiratoria, digestiva. No cefalea. No edemas.
- Ha dejado de tomar MICOFENOLATO y esta tomando 15 mg de PREDNISONA.
- Se inicia tto antibiótico empírico (ceftriaxona) e ingreso para estudio.



INGRESO EN PLANTA

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Paciente febril, ligero rash malar bilateral. Eupneica.
- Orofaringe: posible **flemón dental** izquierdo.
- A.C: ruidos cardiacos ritmicos a 80 lpm. No soplos ni roces.
- A.P: normoventilación bilateral.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso, peristaltismo presente, no masas ni megalias.
- Puñopercusión renal bilateral negativa.
- EEII: no edemas, pulsos pedios presentes no signos de TVP.
- **No signos meningeos ni rigidez de nuca.**

INGRESO EN PLANTA

P.COMPLEMENTARIAS:

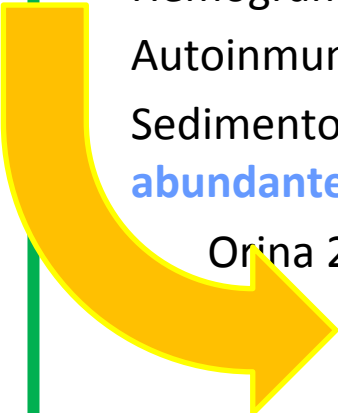
- Rx Torax y ecografia abdominal: sin alteraciones.
- Ecocardiograma: sin signos ecográficos de endocarditis.
- Urocultivo: **negativo** y hemocultivos: **pendiente**.

INGRESO EN PLANTA

P.COMPLEMENTARIAS:

- Rx Torax y ecografia abdominal: sin alteraciones.
 - Ecocardiograma: sin signos ecográficos de endocarditis.
 - Urocultivo: **negativo** y hemocultivos: **pendiente**.
 - Estudio de hemólisis: negativo.

 - Bioquímica: **creatinina 1,2**; **proteínas 5,5**; **albumina 2,7**; Función hepática normal.
 - Reactantes de fase aguda: **PCR 0,78**, **VSG 31**
 - Hemograma: **2200 leucocitos**; **79000 plaquetas**; **Hb 11,7**.
- Autoinmunidad: **C3: 32**; **C4 3,19**. **AntiDNA 1031**; **ANA++**
- Sedimento de orina: **proteínas 16g/l**; **50-100 leucocitos**; **10-25 hematies**, **flora abundante**.
- Orina 24 horas: **5,89g/L** .



PLANTEAMOS BIOPSIA RENAL DESDE EL INGRESO!!!!!!!!!!!!!!

ACTITUD ANTE LUPUS Y FIEBRE

ACTITUD ANTE LUPUS Y FIEBRE

¿Brote de actividad y/o proceso infeccioso?

ACTITUD ANTE LUPUS Y FIEBRE

¿Brote de actividad y/o proceso infeccioso?

- **BROTE**

- Fiebre elevada.
- Anamnesis+ exploración física
- Elevación VSG
- Aumento ligero PCR
- Hipocomplementemia.
- Aumento anti DNA.
- Pancitopenia.
- Alteración función renal/sedimento.

ACTITUD ANTE LUPUS Y FIEBRE

¿Brote de actividad y/o proceso infeccioso?

- **BROTE**

- Fiebre elevada.
- Anamnesis+ exploración física
- Elevación VSG
- Aumento ligero PCR
- Hipocomplementemia.
- Aumento anti DNA.
- Pancitopenia.
- Alteración función renal/sedimento.

- **INFECCIÓN**

- Fiebre continua.
- Anamnesis +exploración física (posibles focos)
- Elevación PCT (marcador precoz)
- Leucocitosis con desviación izquierda.
- Cultivos positivos.
- Buena respuesta antibiótico

ACTITUD ANTE LUPUS Y FIEBRE

¿Brote de actividad y/o proceso infeccioso?

- Iniciar tratamiento **antibiótico empírico** de amplio espectro cuanto antes.
- Aumento de **corticoides** generalmente si sospecha de actividad de enfermedad de base.
- Pruebas complementarias:
 - Bioquímica, hemograma, autoinmunidad y reactantes de fase aguda.
 - Orina (sedimento y orina 24 horas)
 - Hemocultivos y urocultivos.
 - Pruebas de imagen (radiografía torax, abdomen ,ecografía,TC, ecocardiograma...)
- Si se detecta infección, antibioterapia dirigida.
- Si sospecha afectación renal, realizar biopsia renal.

INGRESO EN PLANTA

INGRESO EN PLANTA

RESULTADOS :

- HEMOCULTIVOS: **LISTERIA MONOCITOGENES** sensible a ampicilina y penicilina.
- BIOPSIA RENAL : aceptó finalmente y se realizó al terminar el tratamiento antibiótico.

INGRESO EN PLANTA

RESULTADOS :

- HEMOCULTIVOS: **LISTERIA MONOCITOGENES** sensible a ampicilina y penicilina.
- BIOPSIA RENAL: aceptó finalmente y se realizó al terminar el tratamiento antibiótico.

EVOLUCIÓN :

- Recibió **Ampicilina** iv durante 14 días y **gentamicina** iv durante 7 días.
- Se aumentó dosis de prednisona a 45mg/día por pancitopenia y lesiones faciales y en palmas (vasculitis?)
- Permaneció **afebril** con buena respuesta a tratamiento antibiótico y corticoideo.
- Se realizó la biopsia renal sin incidencias.
- Dada de alta tras recibir **3 bolus de metilprednisolona 500 mg.iv. (3 días consecutivos)**

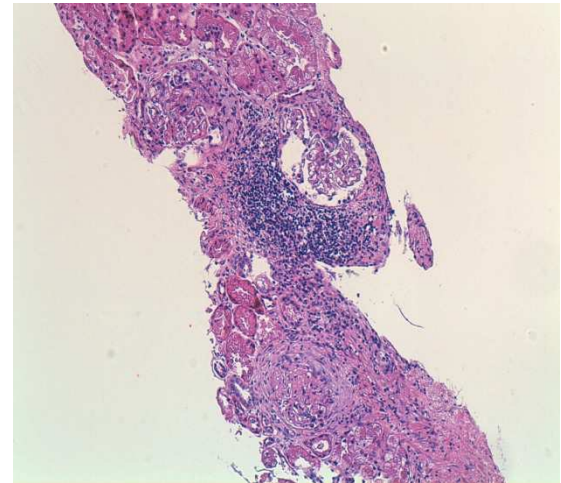
LISTERIA Y LUPUS



- Infección por Listeria es una complicación rara en el lupus.
- Bacteria oportunista G+, anaerobia facultativa, intracelular.
- Adquisición por carnes poco cocinadas, vegetales crudos ó lacteos no pasteurizados.
- Factores de riesgo más importantes: tratamiento con esteriodes ,inmunosupresores, afectación renal ó embarazo.
- Presentan clinica inespecífica que puede parecer brote de la enfermedad.
- Bacteriemias y meningitis son las formas invasivas más graves.
- El diagnóstico definitivo requiere aislamiento en tejido estéril (sangre , LCR)
- Aminoglucósidos, glucopéptidos o cotrimoxazol son bactericidas.

Listeria monocytogenes infection in patients with systemic lupus erythematosus. Gabriel J. Tobón & Mario J. Serna & Carlos A. Cañas. Clin Rheumatol (2013) 32 (Suppl 1):S25–S27.

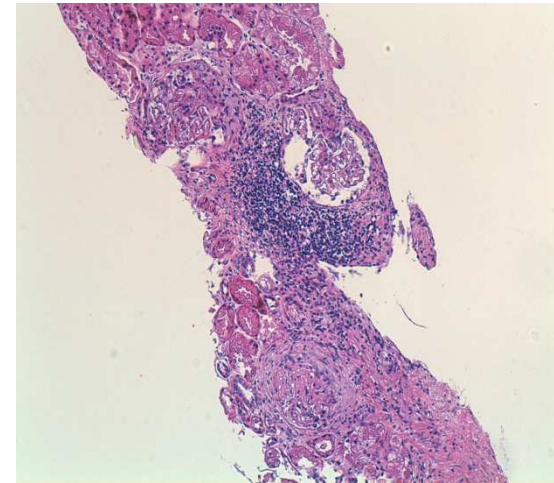
¿Y LA BIOPSIA RENAL?



¿Y LA BIOPSIA RENAL?

❖ RESULTADO: **NEFRITIS LÚPICA III (A)**

Cilindros renales con alteraciones histológicas compatibles con nefritis lúpica clase III (A).



¿Y LA BIOPSIA RENAL?

❖ RESULTADO: **NEFRITIS LÚPICA III (A)**

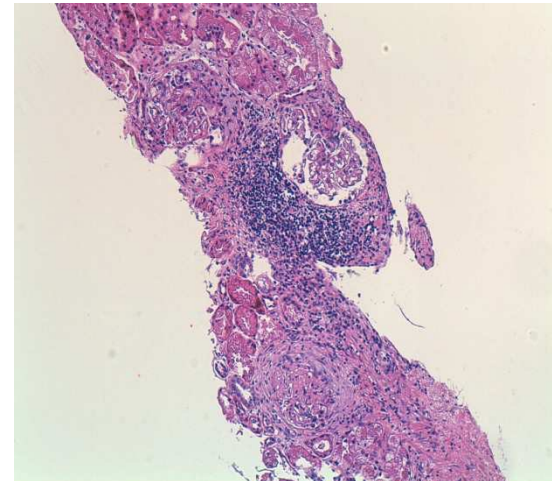
Cilindros renales con alteraciones histológicas compatibles con nefritis lúpica clase III (A).

Indice de actividad: 7/24

- hiper celularidad endocapilar: 1
- infiltración leucocitaria: 1
- depósitos hialinos subendoteliales: 1
- necrosis fibrinoide / cariorrexis: 2 (1 x 2)
- semilunas celulares: 2 (1 x2)

Indice de cronicidad: 0/12

- esclerosis glomerular: 0
- semilunas fibrosas: 0
- atrofia tubular: 0
- fibrosis intersticial: 0



ANATOMÍA PATOLÓGICA

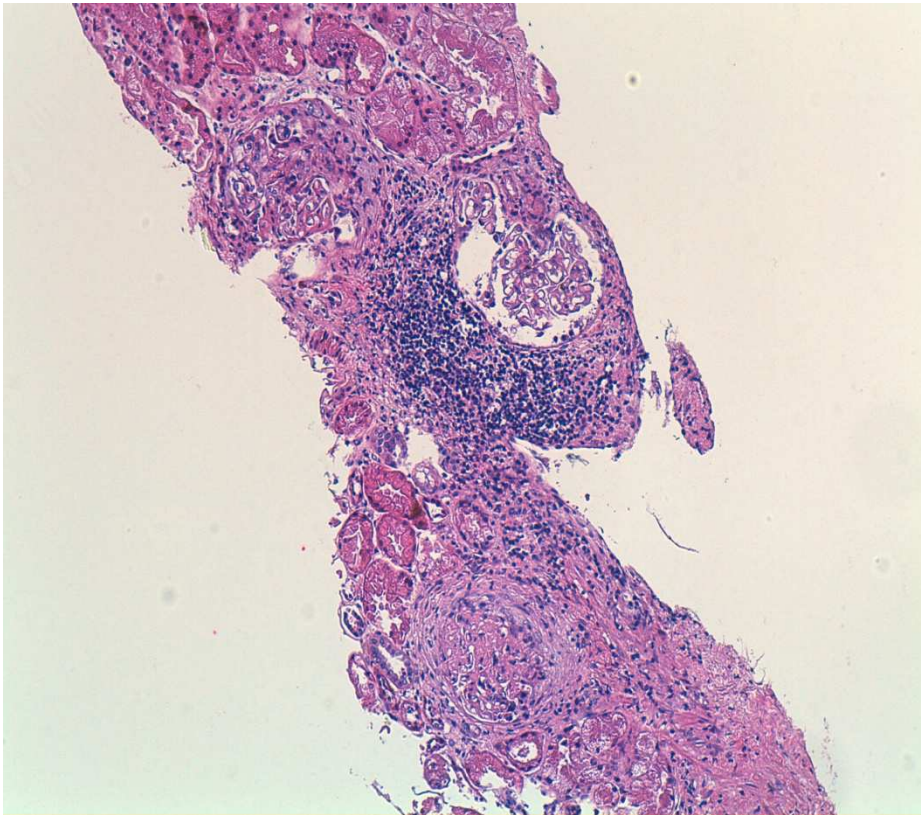


Foto 1: Se observan dos glomérulos, el superior conservado. En el inferior se observa cariorrexis, necrosis fibrinoide segmentaria y presencia de semiluna celular.

Foto 2: Inmunofluorescencia para c3. Positividad granular (2+) mesangial y pericapilar. La c1q fue superponible.

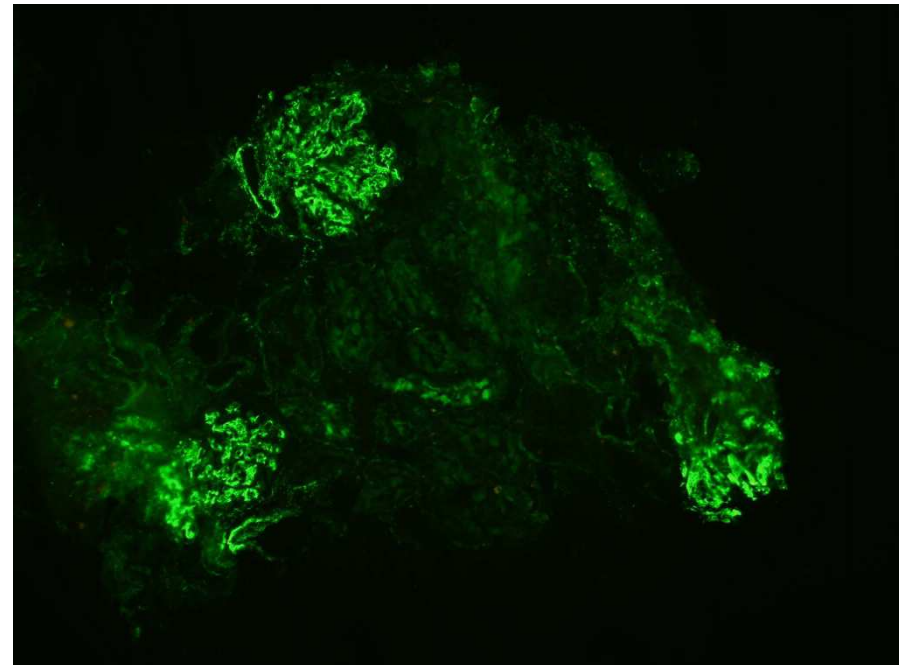


Tabla 2 Clasificación de la nefritis lúpica según *ISN/RPS* (2003)

Clase I. Nefritis lúpica mesangial mínima: glomérulos normales con microscopia óptica, pero mínimos depósitos mesangiales en inmunofluorescencia

Clase II. Nefritis lúpica proliferativa mesangial: hipercelularidad y expansión mesangial leve, en la microscopia óptica, con depósitos mesangiales en la inmunofluorescencia; puede haber depósitos subepiteliales o subendoteliales en inmunofluorescencia o en microscopia electrónica

Clase III. Nefritis lúpica focal^a: lesiones en <50% de los glomérulos con lesiones de tipo endocapilar o extracapilar, con depósitos subendoteliales, con o sin afectación del mesangio. Pueden existir lesiones activas (A) o crónicas (C), por lo que se subdividen en:

- Clase III (A): lesiones activas (nefritis lúpica proliferativa focal)
- Clase III (A/C): lesiones activas y crónicas (nefritis lúpica proliferativa focal y esclerosante)
- Clase III (C): lesiones crónicas inactivas con cicatrices (nefritis lúpica esclerosante focal)

Clase IV. Nefritis lúpica difusa^b: lesiones en >50% de los glomérulos, con depósitos difusos subendoteliales, con o sin alteraciones mesangiales. Pueden tener lesiones A o C. Además, la lesiones pueden ser segmentarias (S: cuando >50% de los glomérulos afectados tienen menos de la mitad del ovillo con lesiones) o globales (G: cuando >50% de los glomérulos afectados tienen más de la mitad del ovillo con lesiones) En esta clase se incluyen los depósitos «en asas de alambre». Se subdivide en:

- Clase IV-S (A): lesiones segmentarias activas (nefritis lúpica proliferativa segmentaria difusa)
- Clase IV-G (A): lesiones globales activas (nefritis lúpica proliferativa global difusa)
- Clase IV-S (A/C): lesiones segmentarias activas y crónicas (nefritis lúpica esclerosante y proliferativa segmentaria difusa)
- Clase IV-G (A/C): lesiones globales activas y crónicas (nefritis lúpica esclerosante y proliferativa global difusa)
- Clase IV-S (C): lesiones segmentarias crónicas (nefritis lúpica esclerosante segmentaria difusa)
- Clase IV-G (C): lesiones globales crónicas (nefritis lúpica esclerosante global difusa)

Clase V. Nefritis lúpica membranosa: engrosamiento de la membrana basal glomerular con depósitos inmunes de forma global o segmentaria en la vertiente subepitelial de la membrana basal; se puede asociar con expansión mesangial. Puede aparecer en combinación con las clases III o IV. También puede tener un avanzado grado de esclerosis. Muy similar a las formas idiopáticas en las fases iniciales

Clase VI. Nefritis lúpica esclerosada: con afectación de más del 90% de los glomérulos, sin actividad residual

^a Proporción de glomérulos con lesiones activas o esclerosadas.

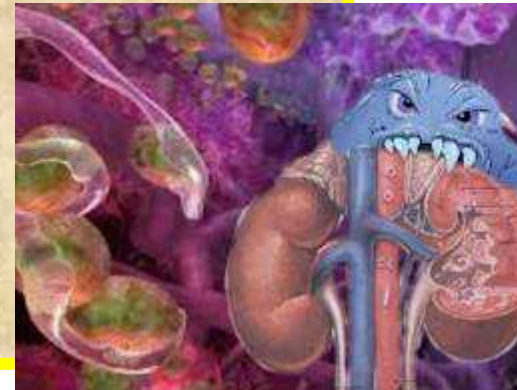
^b Proporción de glomérulos con semilunas y/o necrosis fibrinoide.

DIAGNOSTICO FINAL

☐ **BACTERIEMIA POR
LISTERIA MONOCITOGENES**

+

☐ **BROTE LÚPICO CON
AFECTACIÓN RENAL.**



¿COMO TRATAMOS LA NEFRITIS?

¿COMO TRATAMOS LA NEFRITIS?

-Características de la paciente.

- **Paciente en edad fértil con deseo gestacional.**

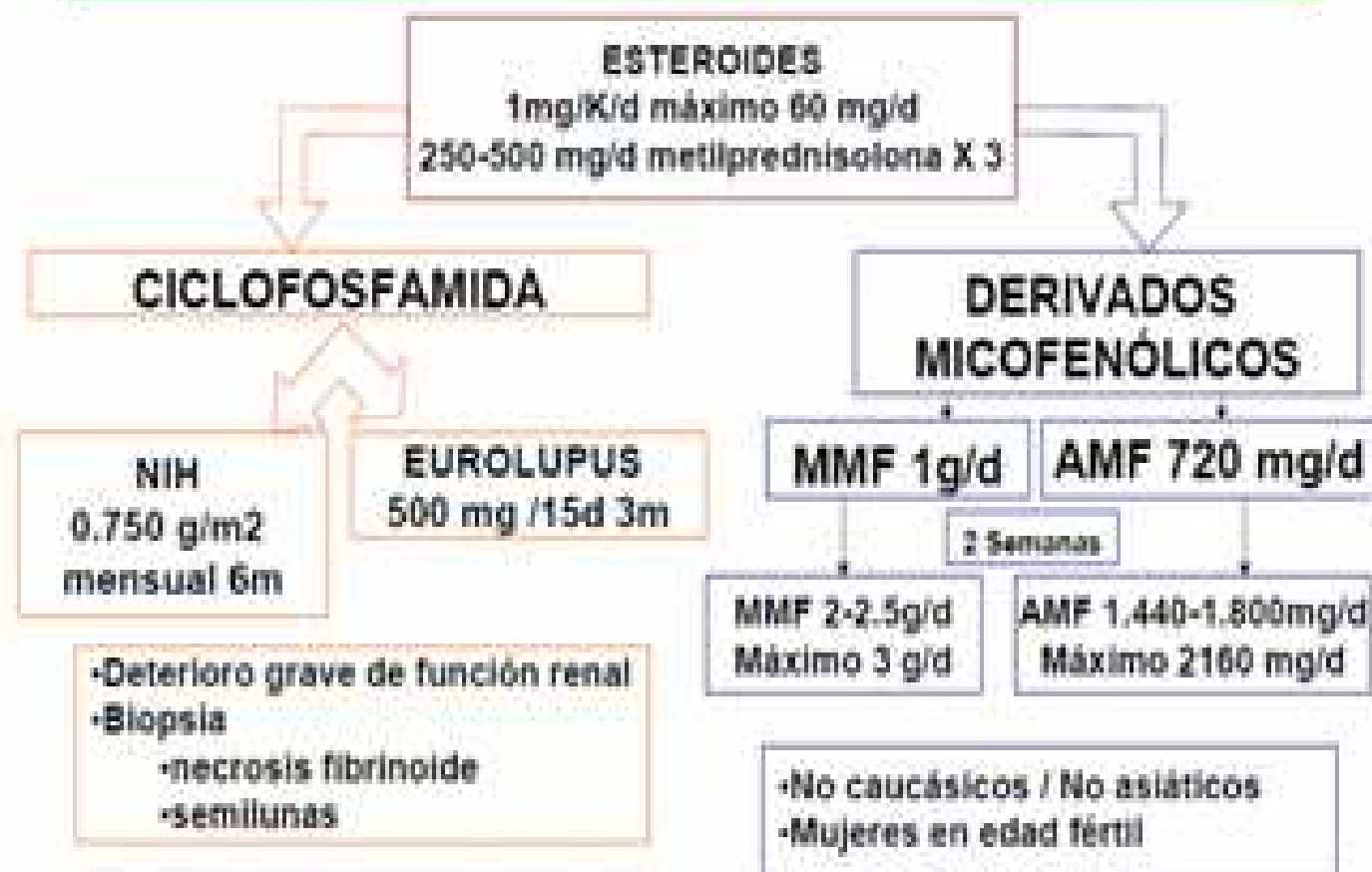
-Tratamientos recomendados

- **Guías ACC,EULAR y SEMI-SEN.**

-Terapia de inducción, valoración de la respuesta y terapia de mantenimiento.

- **Duración del tratamiento**
- **Respuesta parcial /completa**
- **Dosis del fármaco.**
- **Seguimiento.**

Terapia de Inducción GN Lúpica III-IV

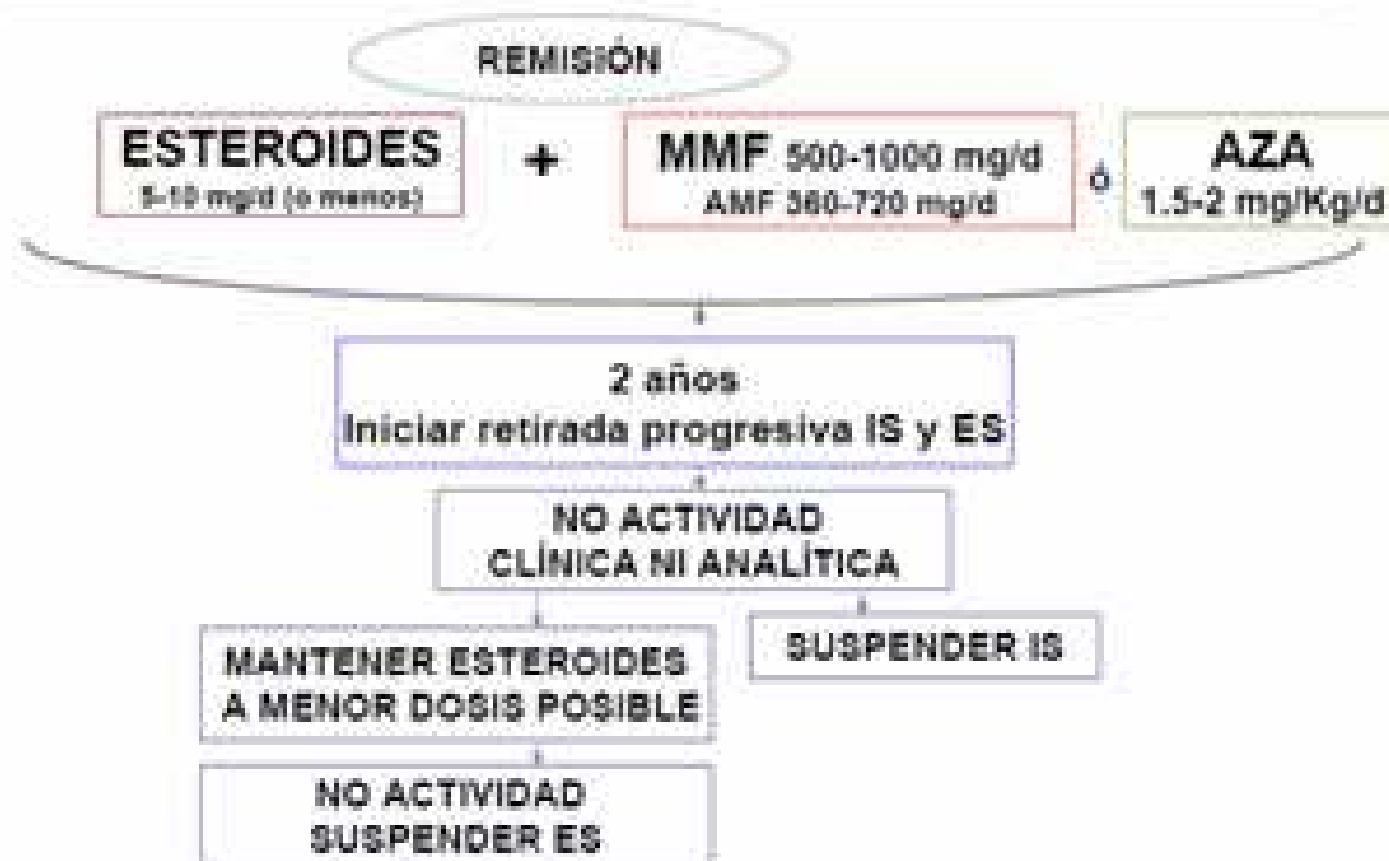


VALORACION DE LA RESPUESTA

Tabla 9 Criterios de respuesta

- Respuesta parcial:** en pacientes con proteinuria basal $\geq 3,5$ g/24 h, descenso de proteinuria $< 3,5$ g/24 h. En pacientes con proteinuria basal $< 3,5$ g/24 h, reducción de la proteinuria en $> 50\%$ en comparación con la inicial. En ambas situaciones estabilización ($\pm 25\%$) o mejoría de filtrado glomerular respecto a valores iniciales
- Respuesta completa:** filtrado glomerular ≥ 60 ml/min/1,73 m² (o descenso a valores iniciales o $\pm 15\%$ del valor basal en aquellos con filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m²), proteinuria $\leq 0,5$ g/24h, sedimento inactivo (≤ 5 hematíes, ≤ 5 leucocitos, 0 cilindros hemáticos) y albúmina sérica > 3 g/d

Terapia de Mantenimiento GN Lúpica III-IV



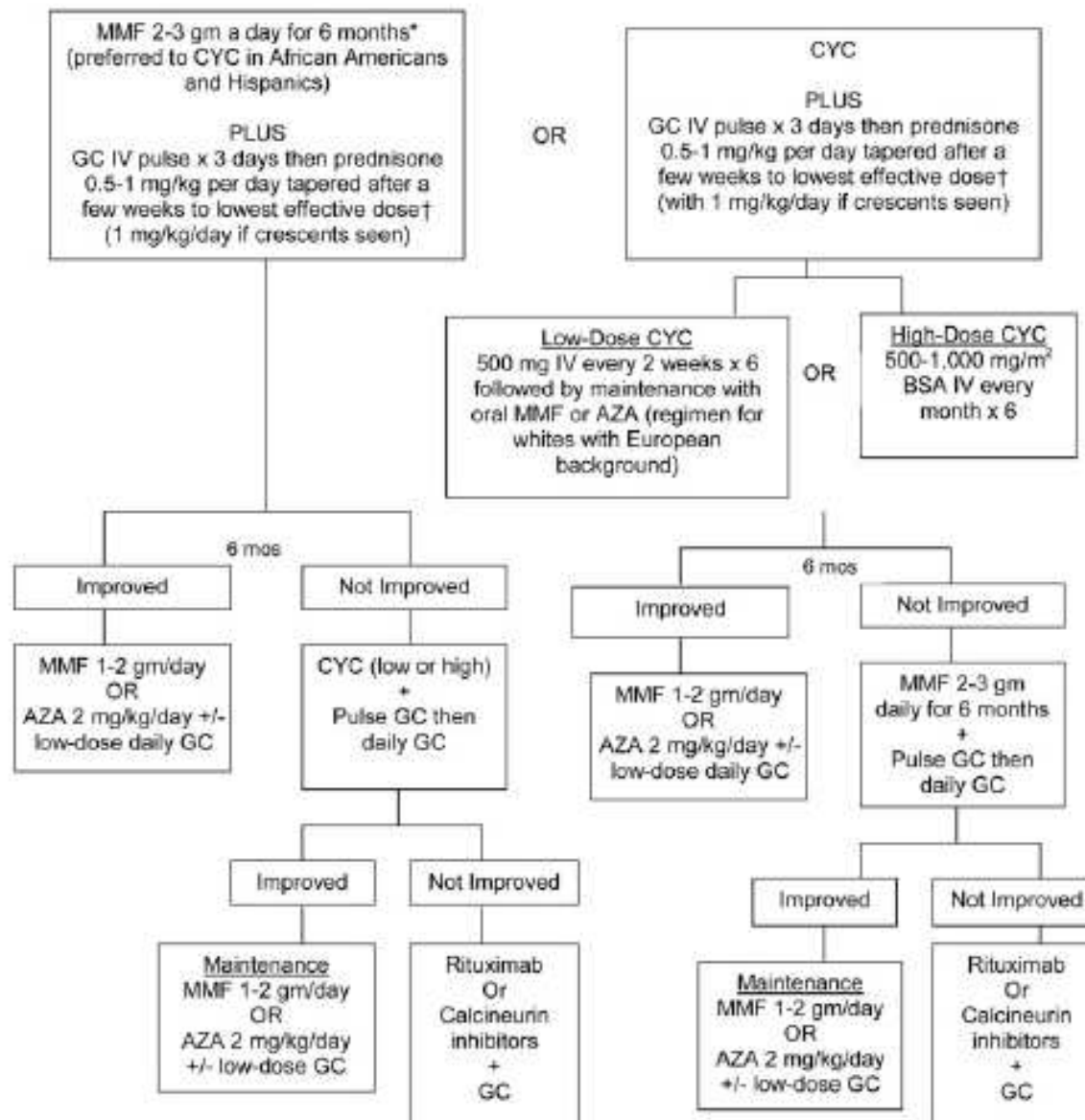


Figure 2. Class III/IV induction therapy. MMF = mycophenolate mofetil; * = the Task Force Panel discussed their preference of 3 over cyclophosphamide (CYC) in patients who desire to preserve fertility; GC = glucocorticoids; IV = intravenous; † = recommendation; background therapies for most patients are discussed in section III in the text; AZA = azathioprine; BSA = body surface area.

Arthritis Care & Research
Vol. 64, No. 6, June 2012, pp 797–808
DOI 10.1002/acr.21664
© 2012 American College of Rheumatology

SPECIAL ARTICLE

American College of Rheumatology Guidelines for Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis

BEVRA H. HAHN,¹ MAUREEN A. McMAHON,¹ ALAN WILKINSON,⁴ W. DEAN WALLACE,¹ DAVID I. DAIKH,² JOHN D. FITZGERALD,³ GEORGE A. KARPOUZAS,¹ JOAN T. MERRILL,³ DANIEL J. WALLACE,⁴ JINOOS YAZDANY,² ROSALIND RAMSEY-GOLDMAN,⁵ KARANDEEP SINGH,¹ MAZDAK KHALIGHI,¹ SOO-IN CHOI,¹ MANEESH GOGIA,¹ SUZANNE KAFAJA,¹ MOHAMMAD KAMGAR,¹ CHRISTINE LAU,¹ WILLIAM J. MARTIN,¹ SEFALI PARIKH,¹ JUSTIN PENG,¹ ANJAY RASTOGI,¹ WEILING CHEN,¹ AND JENNIFER M. GROSSMAN¹

TTO INICIAL

- 3 x MPIV 500-750 MG → PRED VO 0.75-1 g/m² 4w → tapering to ≤ 10 mg/d by 4-6mo
- III o IV → MMF 3g/d 6mo OR CFMIV ELNT + pred
- V + proteinuria nefrótica → MMF 3g/d 6mo + PRED 0.5 mg/kg/d. If NR → CFM, CSA, FK OR RTX.
- SI IR, semilunas o necrosis fibrinoide → = OR CFM 0.75-1 g/m² 6mo OR CFM VO (2-2.5 mg/kg/d) 3 mo

TTO POSTERIOR:

- MMF 2g/d/AZA 2 mg/kg/d 3y + 5-7.5 mg/d PRED → Reducción gradual, 1º pred, luego MMF.
- Si respuesta inicial a MMF → mantener MMF salvo deseo gestacional (switch a AZA 3mo antes concepción)
- CSA o FK si V pura

Joint European League Against Rheumatism and
European Renal Association–European Dialysis and
Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA)
recommendations for the management of adult and
paediatric lupus nephritis

Ann Rheum Dis 2012;**0**:1–12. doi:10.1136/annrheumdis-2012-201940

PLAN TERAPEUTICO ACTUAL:

➤ **MICOFENOLATO MOFETILO:**

- INICIO A DOSIS DE 1G/DIA Y TRAS 2 SEMANAS CONTINUA CON 2 G/DIA.

➤ **PREDNISONA:**

- DESDE INGRESO COMENZÓ CON 45MG/DIA; PROGRESIVAMENTE DISMINUYENDO DOSIS (EN 3 MESES): AHORA CON PREDNISONA 10 MG/DIA.



PLAN TERAPEUTICO ACTUAL:

➤ **MICOFENOLATO MOFETILO:**

- INICIO A DOSIS DE 1G/DIA Y TRAS 2 SEMANAS CONTINUA CON 2 G/DIA.

➤ **PREDNISONA:**

- DESDE INGRESO COMENZÓ CON 45MG/DIA; PROGRESIVAMENTE DISMINUYENDO DOSIS (EN 3 MESES): AHORA CON PREDNISONA 10 MG/DIA.

-TRATAMIENTO ADYUVANTE:

➤ **HIDROXICLOROQUINA 200 MG/D**

➤ **ADIRO 100 MG/D**

➤ **NATECAL D FLAS 1 CP/D**

➤ **ACTONEL SEMANAL**

➤ **APROVEL 300 MG/D**



✓SEGUIMIENTO EN CONSULTAS CADA 3 MESES APROXIMADAMENTE.

✓BUENA EVOLUCIÓN HASTA EL MOMENTO.....

DATO ANALITICO	MAYO 2013	JUNIO 2013 (ingreso)	AGOSTO 2013	VALOR NORMAL
CREATININA	0.80	1,02	0,90	0,51-0,95
ORINA 24H (proteínas)	1,83g/L	5,89g/L	1,84g/L	0 g/L
C3	31	25	51	79-152
C4	4.2	2.4	12	16-38
Anti-DNA	766	1231	559	0-200

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- ANTE UN PACIENTE CON FIEBRE Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTEMICA, INICIAR ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA DE AMPLIO ESPECTRO.
- DESCARTAR PROCESO INFECCIOSO/ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.
- EL LUPUS PRODUCE MAYOR PREDISPOSICIÓN A LA INFECCIÓN.
- LA INFECCIÓN FAVORECE LA ACTIVACIÓN DE LA ENFERMEDAD.
- REALIZACIÓN LO ANTES POSIBLE DE BIOPSIA RENAL ANTE LA SOSPECHA DE NEFRITIS LÚPICA.
- IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTAS.

GRACIAS

