

# ¿NUNCA ES LUPUS?

Sara Miguel Álvarez, MIR2 Medicina interna  
Hospital clínico San Carlos, Madrid.

# HISTORIA CLÍNICA

## Antecedentes personales

### FRCV

- Exfumador
- Obesidad
- Hábito enólico
- Hipertensión arterial
- Dislipemia

### Antecedentes médico-quirúrgicos

- Hernia de hiato
- Gastropatía crónica antral
- Diverticulosis
- Colectomía
- Hiperplasia benigna de próstata

### Medicación habitual

- Amlodipino 5mg 1-0-0
- Clortalidona 50mg 0-0-1
- Omeprazol 20mg 1-0-1
- Solifenacina/tamsulosina 6/0.4mg 0-0-1

# HISTORIA CLÍNICA

## Enfermedad actual

Varón de 84 años que acude a Urgencias por **dolor punzante** en hipocondrio derecho y región torácica inferior derecha de varias semanas de evolución, intensificado en los últimos días. Se incrementa con la inspiración profunda, en ocasiones irradiado a abdomen de forma difusa, asociando **disnea de moderados esfuerzos** no presente previamente.

Además refiere **deterioro del estado general**, con astenia, hiporexia y pérdida de 7kg de peso en los últimos 3 meses.

# HISTORIA CLÍNICA

## Exploración física

TA 130/55mmHg

FC 87lpm

Tª 36ºC

SatO2 95%basal

Consciente y orientado en las 3 esferas. Normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo.

AC: rítmico, sin soplos.

AP: **disminución del murmullo vesicular en base derecha**, auscultación de algún crepitante grueso.

Abdomen: RHA conservados. Distendido, blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas, megalias ni signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa.

EEl: pulsos distales conservados, sin edema ni signos de TVP

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## Analítica

### Hemograma

- **Hemoglobina 10.1g/dl** (12.6-17.4)
- **VCM 91.2fl** (81-103)
- **Leucocitos 3300/ $\mu$ l** (4000-10000)
- **Neutrófilos 2590/ $\mu$ l** (2000-7000)
- **Linfocitos 480/ $\mu$ l** (1000-3000)

### Coagulación

- **TP 15,1seg** (10 - 15.1)
- **INR 1,2** (0,8-1,2)
- **TTPA 30,7 seg** (23,2-40,2)
- **Fibrinógeno 694 mg/dl** (150-400)
- **D-dímero 2080ng/ml** (215-500)

### Bioquímica

- **PCR 12.4mg/l** (10-30)
- **PCT 0.13ng/ml** (0-0.1)
- **Glucosa 109mg/dL** (74-106)
- **Proteínas 7g/dL** (6.6-8.3)
- **LDH 275U/l** (208-378)
- **NT-proBNP 662pg/ml** (0-450).
- **Vitamina B12 y ácido fólico normales**
- **Hierro 57 $\mu$ g/dl** (70-180)
- **Transferrina 143 mg/dl** (160-340)
- **Ferritina 894ng/ml** (30-350)
- **IST 28%** (15-45)
- **Resto normal**

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## Radiografía de tórax



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## Toracocentesis

### Examen macroscópico

- Turbio
- Color amarillento

### Recuento celular

- Hematíes 1700 / $\mu$ L
- Células nucleadas 1950 / $\mu$ L (0-250)
- Polimorfonucleares 65 %
- Mononucleares 35 %

### Bioquímica

- Glucosa 63mg/dL
- Proteínas 4 g/dL
- Albúmina 2.1 g/dL
- LDH 2052 U/L
- Adenosina-desaminasa 46.8U/L (0.1 – 30)
- Triglicéridos 37 mg/dL

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## Toracocentesis

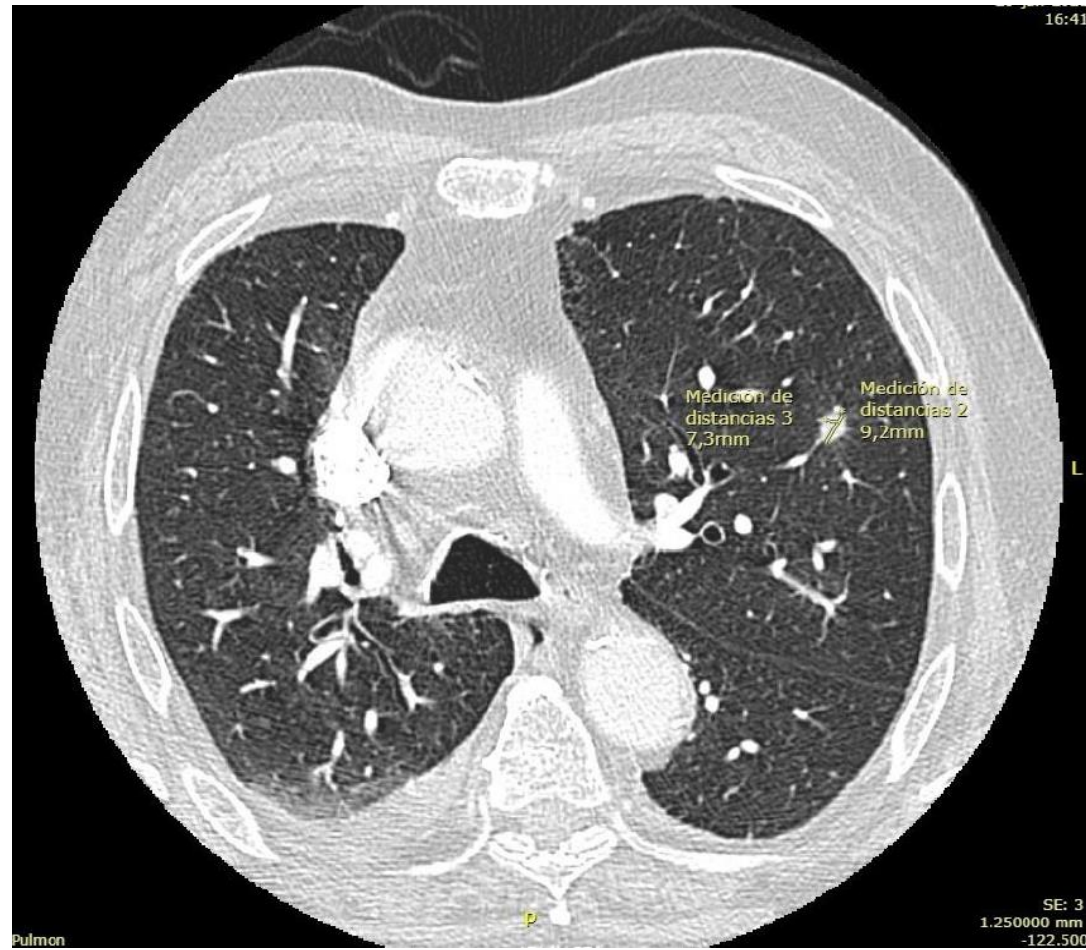
### Criterios de Light

	TRASUDADO	EXUDADO	Paciente
Relación LDH pleural/suero	< 0,6	> 0,6	2052/275 = <b>7,46</b>
Relación proteínas pleural/suero	< 0,5	> 0,5	4/7 = <b>0,57</b>
LDH en líquido pleural	$\leq \frac{2}{3}$ del límite superior normal de LDH en suero	$> \frac{2}{3}$ del límite superior normal de LDH en suero	<b>2052</b> ( $\frac{2}{3} \times 378 = 252$ )



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## Angio-TC



# EVOLUCIÓN

1<sup>er</sup> ingreso en MIN

1. Anemia normocítica normocrómica + Leucopenia con linfopenia
2. Derrame pleural derecho con características de exudado

# EVOLUCIÓN

1<sup>er</sup> ingreso en MIN

## 1. Anemia normocítica normocrómica + Leucopenia con linfopenia

Frotis de sangre periférica: Serie roja: anisocitosis con una población normocítica y otra microcítica e hipocroma. Tendencia al rouleaux. Plaquetas comprobadas de morfología normal.

# EVOLUCIÓN

1<sup>er</sup> ingreso en MIN

## 2. Derrame pleural derecho con características de exudado

Paraneumónico

- Amoxicilina/clavulánico

Insuficiencia  
cardiaca

- Diuréticos
- ETT: VI de tamaño normal, FEVI 64%. IM e IT leves. PSAP 35mmHg. Dilatación leve de AI con aumento de presión de llenado.

Neoplásico

- PET-TC

# EVOLUCIÓN

2º ingreso en MIN

## Dolor abdominal y diarrea

Ecografía abdominal: se observa ecogenicidad levemente aumentada y heterogénea así como prominencia del LHI , hallazgos que sugieren **probable hepatopatía crónica**, sin otras lesiones hepáticas ni presencia de líquido libre.

Serologías: Epstein Barr IgG positivo, IgM negativo; VHC negativo; AgHBS negativo, Ac HBcore negativo; CMV IgG positivo, IgM negativo; VIH negativo

# EVOLUCIÓN

## PET-TC

- Se observa captación de FDG en **nódulo pulmonar espiculado en el LSI, sin grandes cambios respecto a TC** de junio, de 9 mm, con SUVmax de 3,9, en el que sugerimos descartar neoplasia primaria.
- También se observa captación de FDG en **adenopatías mediastínicas** en regiones paratraqueal, prevascular y subcarinal de hasta 8 mm, con SUVmax de 6,7, **y en hilio pulmonar bilateral**, la mayor derecha de 9 mm, con SUVmax de 12,1, que podrían corresponder a metástasis.
- **Resolución del derrame pleural derecho.**

# EVOLUCIÓN

## 3<sup>er</sup> ingreso en MIN

Astenia, hiporexia y 2-3 episodios diarios de dolor costal-abdominal

EF: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen doloroso a la palpación profunda de forma difusa.

Analítica: leucopenia con linfopenia y neutropenia + Aumento de RFA

Ecografía a pie de cama: derrame pleural bilateral, más marcado en lado derecho

# EVOLUCIÓN

3<sup>er</sup> ingreso en MIN

Ecobroncoscopia y biopsia: Disminución de tamaño de adenopatías respecto a PET-TC. Citología negativa para células tumorales



# EVOLUCIÓN

3<sup>er</sup> ingreso en MIN

Fiebre 38.3°C

HC + UC + esputo negativos

Piperacilina/tazobactam

Artralgias generalizadas

Inmunología + orina de 24h

# EVOLUCIÓN

## 3<sup>er</sup> ingreso en MIN

### Inmunología

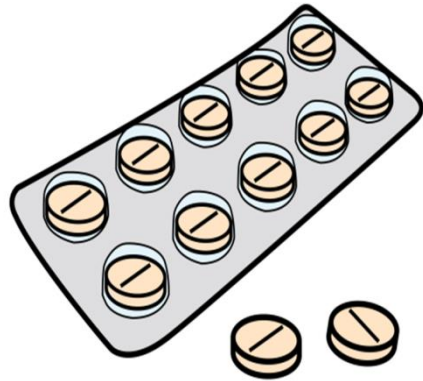
- **Ac anti-Nucleares Positivo.**  
Título alto
- **Ac anti-Cromatina >8.0 AI** (0.2 - 1.0)
- **Ac anti-DNA doble cadena 201 IU/ml** (0 – 10)
- **Ac anti-Ribonucleoproteína 3.9 AI** (0.2 - 1.0)
- **Ac anti-SSB/La 3.2 AI** (0.2 - 1.0)
- **C3 118.5mg/dl** (70-140)
- **C4 13.4mg/dl** (15-30)
- ANCAs y anti-MBG negativos.
- Anticardiolipinas y anti-B2-glicoproteínas negativos

### Orina 24h

- Cociente proteína/creatinina 1.18 mg/mg de creatinina.
- Excreción de proteínas 0.6 g/12 horas

# EVOLUCIÓN

3<sup>er</sup> ingreso en MIN



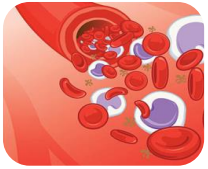
Metilprednisolona mg/kg/día + Hidroxicloroquina

Prednisona (pauta descendente) + Hidroxicloroquina +  
Azatioprina

# DIAGNÓSTICO

Lupus eritematoso sistémico

Síndrome constitucional + RFA + ANAs positivos (anti-DNAs)



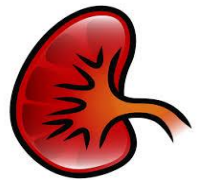
Anemia N-N, leucopenia, linfopenia



Derrame pleural



Artralgias generalizadas



Proteinuria en rango no nefrótico

# DISCUSIÓN

## Incidencia y prevalencia

- Enfermedad autoinmunitaria multisistémica
- Heterogeneidad clínica
- Alta morbimortalidad
- Incidencia en aumento
- Prevalencia: 50-100 casos/100000 adultos

# DISCUSIÓN

Incidencia y prevalencia



# DISCUSIÓN

## Diagnóstico

- Clínico
- ACR-1997, SLICC-2012 y EULAR/ACR-2019

# DISCUSIÓN

## Diagnóstico

Clinical domains and criteria		Weight
<b>Constitutional</b>		
Fever		2
<b>Hematologic</b>		
Leukopenia		3
Thrombocytopenia		4
Autoimmune hemolysis		4
<b>Neuropsychiatric</b>		
Delirium		2
Psychosis		3
Seizure		5

<b>Mucocutaneous</b>	
Nonscarring alopecia	2
Oral ulcers	2
Subacute cutaneous or discoid lupus	4
Acute cutaneous lupus	6
<b>Serosal</b>	
Pleural or pericardial effusion	5
Acute pericarditis	6
<b>Musculoskeletal</b>	
Joint involvement	6
<b>Renal</b>	
Proteinuria >0.5 g per 24 hours	4
Renal biopsy Class II or V lupus nephritis	8
Renal biopsy Class III or IV lupus nephritis	10
Immunology domains and criteria	Weight
<b>Antiphospholipid antibodies</b>	
Anti-cardiolipin antibodies or anti-beta-2GP1 antibodies or lupus anticoagulant	2
<b>Complement proteins</b>	
Low C3 or low C4	3
Low C3 and low C4	4
<b>SLE-specific antibodies</b>	
Anti-dsDNA antibody <sup>A</sup> or anti-Smith antibody	6
<b>A total score of ≥10 and ≥1 clinical criterion are required to classify SLE.</b>	

Criteria de clasificación de la European League Against Rheumatism (EULAR) / American College of Rheumatology (ACR) de 2019 para el LES



# DISCUSIÓN

## LES de inicio tardío

Menos grave

Mayor afectación de hombres

Mayor prevalencia

Serositis  
Afectación pulmonar  
Afectación neurológica  
Raynaud  
Síndrome de Sjögren  
Miositis  
Citopenias  
Anticuerpos anti-Ro/La

Menor prevalencia

Eritema malar  
Fotosensibilidad  
Alopecia  
Artritis  
Nefropatía  
Trombosis  
Miocardiopatía  
Livedo reticularis  
Linfadenopatía  
Hipocomplementemia  
Anticuerpos anti-RNP

# DISCUSIÓN

## Tratamiento

- Hidroxicloroquina
- Corticoides
- Inmunosupresores
- Biológicos

# CONCLUSIONES

- Diagnóstico de exclusión. *“No se diagnostica lo que no se piensa y no se piensa lo que no se conoce”*
- LES tardío: mayor en hombres, curso más benigno
- Objetivos del tratamiento: remisión de los episodios y evitar la progresión de la enfermedad



Muchas gracias por su atención.