



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Vicente Cuevas, M.; Olmedo Sanlaureano, S.; Jiménez Moya, A.
Lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso clínico con presentación cutánea
Pediatría Atención Primaria, vol. XV, núm. 57, enero-marzo, 2013, pp. 55.e5-55.e7
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638747006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Nota clínica

Lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso clínico con presentación cutánea

M. Vicente Cuevas, S. Olmedo Sanlaureano, A. Jiménez Moya

Unidad de Gestión de Pediatría. Hospital Comarcal de Algeciras. Algeciras, Cádiz. España.

Publicado en Internet:
4-marzo-2013

Mariano Vicente Cuevas:
mariano.vicente2@gmail.com

Resumen

El lupus eritematoso sistémico pediátrico es una enfermedad autoinmunitaria crónica multisistémica con manifestaciones clínicas complejas. Presentación clínica de carácter cíclico. Los síntomas iniciales son inespecíficos. Afecta a múltiples órganos con síntomas específicos según su localización. Su manifestación cutánea puede presentarse junto con la manifestación sistémica o no. Es el gran imitador que puede simular otras enfermedades. La naturaleza heterogénea del lupus hace que sea un reto médico diagnóstico. Debido a que no existe un síntoma o hallazgo exclusivo para hacer el diagnóstico de la enfermedad, la American College of Rheumatology ha establecido unos criterios para su evaluación ante la sospecha de lupus. Su tratamiento depende de las manifestaciones clínicas, de la presencia/ausencia de afectación de órganos vitales y su abordaje debe ser multidisciplinar. Su supervivencia ha mejorado en la última década gracias a su diagnóstico y tratamiento precoz. Sin embargo, su pronóstico continúa siendo grave. Presentamos el caso clínico de una niña de diez años, diagnosticada de esta enfermedad.

Palabras clave:

- Lupus eritematoso sistémico

Systemic lupus erythematosus. A case report with cutaneous presentation

Abstract

Pediatric Systemic lupus erythematosus is a multisystem chronic autoimmune disease with complex clinical manifestations. The clinical presentation has a cyclic nature. The initial symptoms are nonspecific. It affects multiple organs with specific symptoms depending on their location. Its skin manifestation may or may not occur with systemic manifestation. It is the great mimic that can simulate other diseases. The heterogeneous nature of lupus makes it a diagnosis medical challenge. Since there is not an only symptom or finding leading to the diagnosis of the disease, the American College of Rheumatology has established some criteria for the evaluation of suspicion of lupus. Treatment depends on the clinical manifestations, on the presence/absence of vital organs affectation and its approach must be multidisciplinary. The survival has improved in the last decade due to its early diagnosis and treatment. However, his prognosis continues to be serious. We present the clinical case of a 10 year old diagnosed girl with this condition.

Key words:

- Systemic lupus erythematosus

CASO CLÍNICO

Niña de diez años, previamente sana, que inicia, dos meses antes de su ingreso, lesiones en el cuero cabelludo, posteriormente en la nariz, luego en la cara y después en la boca. Es valorada por el dermatólogo, el odontólogo y el otorrinolaringólogo; se realiza tratamiento por sospecha de impétigo. No se observa mejoría; en las dos semanas si-

guientes, presenta lesiones eritematosas en los dedos de las manos y se diagnostica de viriasis. Sigue sin presentar mejoría, se observan también dichas lesiones en los dedos de ambos pies, asociando abdominalgias y vómitos ocasionales. Siempre afebril, la madre refiere observar “caída del cabello”, sin otros signos clínicos asociados. Antecedentes personales sin interés. Antecedentes familiares: padre diagnosticado de colon irritable,

sin casos reumatológicos ni clínica similar a la de la niña; una prima hermana materna diagnosticada hace un año de púrpura de Schonlein-Henoch.

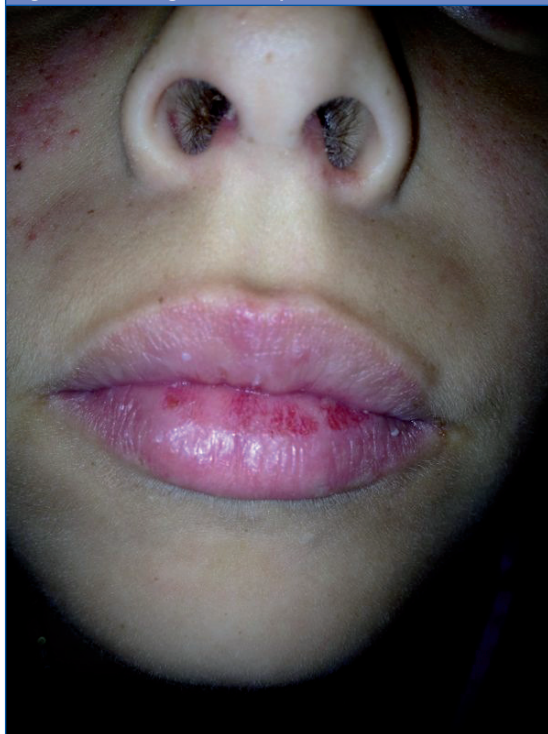
Cuando ingresa en el hospital está febril (38 °C), con buen aspecto general. En la exploración (Figs. 1 a 4) física se observa eritema malar derecho que respeta el pliegue nasolabial; eritema y leve tumefacción en el área del lacrimal izquierdo. Lesiones purpúricas en los pulpejos de las manos, en los pies y en los talones. Presenta en la orofaringe aftas, estomatitis y enantema. No tiene adenopatías. Las exploraciones osteoarticular y neurológica, y la auscultación cardiopulmonar, fueron normales.

Estudios complementarios solicitados: en el hemograma, Hb 10,6 g/dl, leucocitos 3500/μl con fórmula normal, plaquetas 126 000/μl (un mes antes solo destacar 4400 leucocitos/μl). Frotis sanguíneo sin alteraciones morfológicas. Velocidad de sedimentación 44 mm/hora. Reactantes fase aguda: proteína C reactiva 0,18 mg/dl, procalcitonina 0,06 ng/ml. Estudio de coagulación, pruebas reumáticas y proteinograma normales. Inmunoglobulinas con IgG

Figura 2. Hallazgos en la exploración física: en la orofaringe se observan aftas, estomatitis y enantema



Figura 1. Hallazgos en la exploración física: labios



1830 mg/dl e IgA 271 mg/dl. Complementos C3 23,7 mg/dl y C4 4,2 mg/dl. Autoinmunidad: anticuerpos antinucleares (ANA) + 1/1280, anti-SM positivo, anti-ADN fuertemente positivo. Sistemático de orina 150-250 eritrocitos/campo. Serologías bacteriana a *Mycoplasma*, parasitaria a toxoplasma y vírica a virus de Epstein-Barr, parvovirus B19, adenovirus, echovirus y coxsackie negativas. Destacar una IgM a citomegalovirus positiva. Hemocultivo y frotis faríngeo, bucal, conjuntiva y punción púrpura, negativos. Radiografía de tórax y ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos.

Con la clínica y los datos complementarios referidos, ante la sospecha de lupus eritematoso sistémico (LES), se solicitan anticuerpos antifosfolípidos (AAF), antilúpicos positivos y anticardiolipina positiva (IgG, IgM), una ecocardiografía (función y estructura cardíacas normales) y opinión dermatológica.

Al cumplir más de cuatro de los criterios de la Asociación Americana de Reumatología, se confirma el

Figura 3. Hallazgos en la exploración física: lesiones purpúricas en los pulpejos de las manos, los pies y los talones



diagnóstico de LES y se solicita la valoración nefrológica y reumatológica. Se pauta tratamiento con medidas generales, antipalúdicos (hidroxicloroquina) y corticoides (prednisona) orales, manteniéndose revisiones correspondientes en su seguimiento multidisciplinar.

DISCUSIÓN

El LES pediátrico (LESp) es una enfermedad autoinmunitaria crónica multisistémica compleja; más frecuente en el sexo femenino. Su diagnóstico no es común antes de los diez años de edad y la edad promedio de presentación es 12 años. La evolución y su pronóstico son variables; en la última década, el pronóstico ha mejorado, aunque las formas del LESP son mas graves que las de la población adulta¹⁻³.

Es una enfermedad de comienzo lento y su expresión clínica es de carácter cíclico. Los síntomas iniciales son inespecíficos. Afecta a múltiples órganos

Figura 4. Hallazgos en la exploración física: se observa eritema malar derecho que respeta el pliegue nasolabial; eritema y leve tumefacción en el área del lacrimal izquierdo



con síntomas específicos según su localización: cutáneo-mucosos, articulares, hematológicos, respiratorios, cardiológicos, neuropsiquiátricos, renales, digestivos y endocrinos. Es el gran imitador que puede simular otras enfermedades^{4,5}. Entre sus manifestaciones cabe destacar:

- Manifestaciones mucocutáneas (75-90%): exantema malar (22-74%), fotosensibilidad (16-50%), lupus discoide (5-19%), eritema palmar y/o plantar, eritema generalizado, urticaria, úlceras orales (26-48%) y nasales, *livedo reticularis*, púrpura, alopecia (7-48%), paniculitis, vasculitis (10-52%), fenómeno de Raynaud (20-74%)⁶.
- Manifestaciones musculoesqueléticas: artralgias, artritis (>75%), rigidez articular matutina, mialgias (20-30%), miositis (aumento de creatinfosfocinasa). Complicaciones secundarias al tratamiento (osteoporosis, fracturas, necrosis avascular, retraso del crecimiento). La afectación articular es simétrica, dolorosa, migratoria, no deformante, afecta a grandes y pequeñas articulaciones.
- Manifestaciones renales: primera manifestación en el 60-80% y determina su pronóstico⁷. Las manifestaciones clínicas no se correlacionan con los hallazgos histológicos, por ello, la biopsia renal puede ser necesaria para establecer un diagnóstico preciso, valorar su pronóstico y decidir el tratamiento específico. En 1982,

la Organización Mundial de la Salud clasificó la nefritis lúpica en seis categorías, basándose en los hallazgos histológicos⁸. Clínicamente, puede manifestarse desde alteraciones aisladas del sistemático orina (microhematuria, cilindruria, proteinuria), hasta nefritis, nefrosis, insuficiencia renal e hipertensión arterial (renal, vasculitis, corticoides, arteriosclerosis).

- Manifestaciones pulmonares: presentes en el 5-77% de los pacientes. Primarias: alteración de la función respiratoria, pleuritis –más frecuente–, neumonía, neumopatía intersticial, neumotórax, hemorragia pulmonar, hipertensión pulmonar; secundarias: infección, toxicidad por fármacos.
- Manifestaciones cardíacas: pericarditis (la más común), miocarditis, enfermedad valvular y enfermedad coronaria (arteritis coronaria, aterosclerosis, hipercoagulabilidad).
- Manifestaciones hematológicas: hasta el 39% desarrolla alteraciones hematológicas. La trombocitopenia autoinmunitaria es la manifestación inicial en el 15% de los casos pediátricos, aunque puede preceder en varios años a la aparición de LES. Entre el 20 y el 30% de los niños con púrpura trombocitopénica idiopática y ANA positivos en suero desarrollarán posteriormente LES. En el 27-52% se observa leucopenia, principalmente debido a la disminución del número de linfocitos totales. La granulocitopenia también es común. Anemia por enfermedad crónica o hemolítica autoinmune. Puede presentarse como pancitopenia. Las alteraciones en la coagulación son hallazgos frecuentes. En el 75% de los pacientes con LESp se detectan AAF. Los pacientes pediátricos con LES y AAF, específicamente el anticoagulante lúpico, corren riesgo de desarrollar fenómenos tromboembólicos. Se debe considerar la anticoagulación de por vida después del primer episodio tromboembólico¹⁻⁴.
- Manifestaciones neuropsiquiátricas: afectación del sistema nervioso central (SNC) en el 75-80% durante el primer año tras el diagnóstico de LESp. Las manifestaciones varían desde

una disfunción del SNC con parálisis y convulsiones, hasta síntomas más leves o focales como cefalea o pérdida de la memoria. La presencia de AAF se asocia a trombosis y accidente cerebrovascular. Otras manifestaciones neuropsiquiátricas: psicosis, trastornos emocionales, deterioro del rendimiento escolar, parálisis de los nervios craneales, parálisis de los nervios periféricos, síndrome de Guillain-Barré, enfermedad desmielizante, corea y ataxia cerebelar.

- Manifestaciones digestivas: hemorragia, enteropatía pierde proteínas, pancreatitis, hepatomegalia, esplenomegalia y abdominalgia.
- Manifestaciones endocrinas: hipotiroidismo, hipertiroidismo y pubertad retrasada secundaria al tratamiento.

La naturaleza heterogénea del lupus hace que su diagnóstico sea un reto médico. Debido a que no existe un síntoma o hallazgo exclusivo para hacer el diagnóstico, la American College of Rheumatology ha establecido criterios clínicos para su evaluación ante la sospecha de lupus; elaborados inicialmente en 1982 y actualizados en 1997, combinan 11 criterios (clínicos y de laboratorio) y permiten establecer el diagnóstico de LES cuando cuatro o más criterios están presentes⁹.

Su tratamiento y seguimiento es multidisciplinar, dependiendo de las manifestaciones clínicas y de la presencia o ausencia de afectación de órganos vitales. El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas y signos clínicos, como prevenir sus complicaciones. No es solamente farmacológico (antiinflamatorios no esteroideos, antipalúdicos, corticoides, inmunosupresores, vitamina D, calcio), otras medidas también son importantes, como la educación sobre la enfermedad al paciente y su familia, la cumplimentación del tratamiento, la protección solar, el tratamiento y prevención de las infecciones y de los factores de riesgo cardiovascular^{1,4,10}.

La supervivencia ha mejorado en la última década gracias a su diagnóstico y tratamiento precoz. Sin embargo, su pronóstico continua siendo grave, acentuándose si presenta afectación renal, afecta-

ción neurológica, hipertensión arterial, edad precoz al diagnóstico, no cumplimentación del tratamiento y antecedentes raciales/étnicos^{1,2}.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AAF: anticuerpos antifosfolípidos • **ANA:** anticuerpos antinucleares • **LES:** lupus eritematoso diseminado • **LESp:** lupus eritematoso diseminado pediátrico • **SNC:** sistema nervioso central.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stichwch D, Pascual V. Lupus esritematoso sistémico pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:321-9.
2. Klein-Gitelman M, Reiff A, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus in childhood. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002;28:561-77.
3. Susanne M, Benseler MD, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus. *Pediatr Clin North Am*. 2005;52:443-67.
4. Jennifer E, Weiss MD. Pediatric Siystemic Lupus Erythematosus: More Than a Positive Antinuclear Antibody. *Pediatr Rev*. 2012;33:62-3.
5. Iqbal S, Sher MR, Good RA, Cawkwell GD. Diversity in presenting manifestations of systemic lupus erythematosus in children. *J Pediatr*. 1999;135:500-5.
6. Wananukul S, Watana D, Pongprasit P. Cutaneous manifestations of childhood systemic lupus erythematosus. *Pediatr Dermatol*. 1998;15:342-6.
7. Bogdanovic R, Nikolic V, Pasic S, Dimitrijevic J, Lipkovska-Markovic J, Eric-Marinkovic J, et al. Lupus nephritis in childhood: A review of 53 patients followed at a single center. *Pediatr Nephrol*. 2004;19:36-44.
8. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25:1271-77.
9. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1725.
10. Remesal Camba A, Merino Muñoz R, García-Consuegra Molina J. Enfermedades reumatológicas autoinmunes. Lupus Eritematoso Sistémico. En: Guerrero Fernández J (ed.). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*, 5.ª ed. Madrid: Publimed; 2009. p. 1373-6.