

NEFRITIS LUPICA



Dra. María Dolores Gastelu
Médica Clínica - Médica Psiquiatra
Coordinadora del Serv. Medicina Interna

Dr. Julián Esteban Coronado
Médico de Planta - Serv. Medicina Interna

Participación:
Dra. Claudia Ceballos
Médica Reumatóloga

P R E S E N T A C I Ó N D E C A S O

Paciente femenina de 27 años de edad

Antecedentes patológicos:

- Cuadro reumatólgico de 3 meses de evolución, en estudio por medico reumatólogo, hace aproximadamente 1 mes, quien diagnostica el cuadro como arthritis idiopática juvenil. Al momento, continuaba en estudio, medicada con hidroxicloroquina 200mg/dia.
- Hipotiroidismo de Hashimoto, desde los 11 años, fue diagnosticada por estudiarse luego de retraso de empuje puberal. Al momento de la consulta medicada con levotiroxina 100 mcg/día.
- La paciente consulta en primera instancia al hospital de José C. Paz por cuadro de edemas de miembros inferiores. En dicho hospital se le solicitó laboratorio de rutina y sedimento urinario el cual resultó inflamatorio, es por eso que el cuadro fue interpretado como infección del tracto urinario. Al día siguiente, concurre a nuestro hospital por aumento de volumen de edemas ya mencionados.

SEDIMENTO URINARIO

Método: Microscopía (40X)

Células Epiteliales

Leucocitos

Hematíes

Mucus

Regular

7 - 10 /campo

15 - 20 /campo

Regular cantidad

Paciente hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión arterial. Afebril. Vigil. Orientada globalmente, no evidenciaba signos de foco neurológicos, ni menígeos, pupilas reactivas e isocoricas. Ruidos cardiacos netos en cuatro focos. No impresionaba en falla de bomba. Buena mecánica ventilatoria, no evidenciaba ruidos agregados. Sat02: 98% (0.21). Abdomen blando depresible, levemente doloroso. Ruidos hidroaereos positivos. Catarsis negativa. Diuresis conservada. Se evidencia edema en región maleolar, sinovitis y artralgia en articulaciones metacarpofalángicas e interfalangicas bilateral.



LABORATORIO

Factor rematoideo: Positivo

FAN: Positivo. Patrón nuclear homogéneo.

Paciente trae laboratorios solicitados por su reumatólogo.

Anticuerpos RNP: Negativo

Anticuerpo SM (SmB): Negativo

Anticuerpo Anti-Cardiolipinas IgG: Negativo

Anticuerpo Anti- Cardiolipinas IgM: Negativo.

Anticuerpos SSB LA: Negativo

Anticuerpo Anti-Isomerasa I: Negativo

Anticuerpo Anti-DNA: Negativo

Anticentromero Ac: Negativo

Recuento de Glóbulos Rojos	2,73	10e12/L
Hemoglobina	7,6	g/dl
Hematocrito	21	%
Volumen Corpuscular Medio	78,0	fL
Hemoglobina Corpuscular Media	27,8	pg
Concentración Hemogl. CorH. Media	35,7	g/dL
Dispersión de la Curva de Distrib. Erit.	12,4	%

Sodio	129	mEq/l
Potasio	4,9	mEq/l
Cloro	94	mEq/L

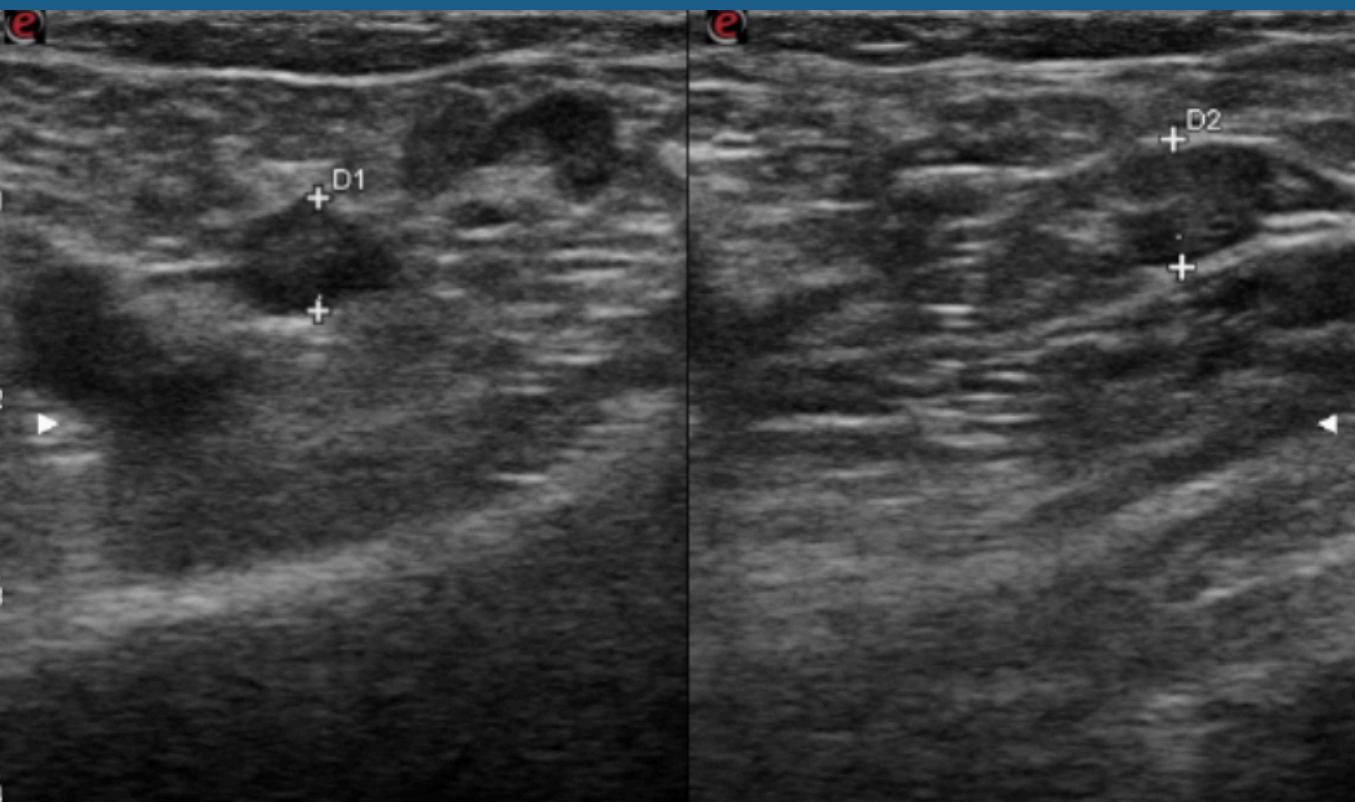
Albúmina	2,83	g/dl
Método: Colorimétrico (BCG)		

IMAGENES

14/05/2024

Ecografía región inguinal
(realizada con efector
privado - estudio que trae la
paciente)

Evidencia adenopatías en
región inguinal-bilateral.



22/05/2024

Ecografía abdominal y renal:
se describen sólo hallazgos
positivos: "Se explora la
región inguinal bilateral en
relación a molestia
expresada por el paciente. Se
observa aisladas estructuras
genglionares en rango no
adenomegalico, los mayores
no superan los 5mm"

La paciente evoluciona de forma desfavorable presentando cuadro compatible con:

- Síndrome nefrítico.
- Ileo funcional.
- Alteración de la función renal
- Hemodinámicamente inestable

Durante recorrida médica se plantea el diagnóstico de nefritis lúpica. Se realiza interconsulta con la Dra. Ceballos, médica reumatologa, quien acuerda con el diagnóstico.

Dada la imposibilidad de gestionar biopsia renal a la brevedad se decide iniciar pulsos con metilprednisolona 1gr/día por 5 días a ciegas. Se solicita pase de la paciente a unidad cerrada para monitorización durante el tratamiento instaurado.

A las 48hs, durante su estadía en nuestra Unidad Polivalente de Internación (UPI) se reciben los resultados de los perfiles reumatólogicos solicitados por nuestro servicio al momento de su ingreso a nuestra unidad. Los mismos evidenciaron:

- Complemento fracción C3: 32 mg/dl – VN: 90-180
- Complemento fracción C4: menor que VN: 10-40
- Anticuerpos anti-DNA de doble cadena (anti-dsDNA): Positivo
- Factor reumatoideo: Negativo
- Anticuerpos anti-Nucleocitoplasmáticos (FAN/AAN): Positivo. – Patrón nuclear homogéneo.
- Anticuerpos anti-SSB/La: Negativo
- Anticuerpos anti-Sm: Negativo.
- Anticuerpos anti-U1snRNP: Negativos.

PROTEINAS EN ORINA DE 24 HS

Método: Cloruro de Bencetonio

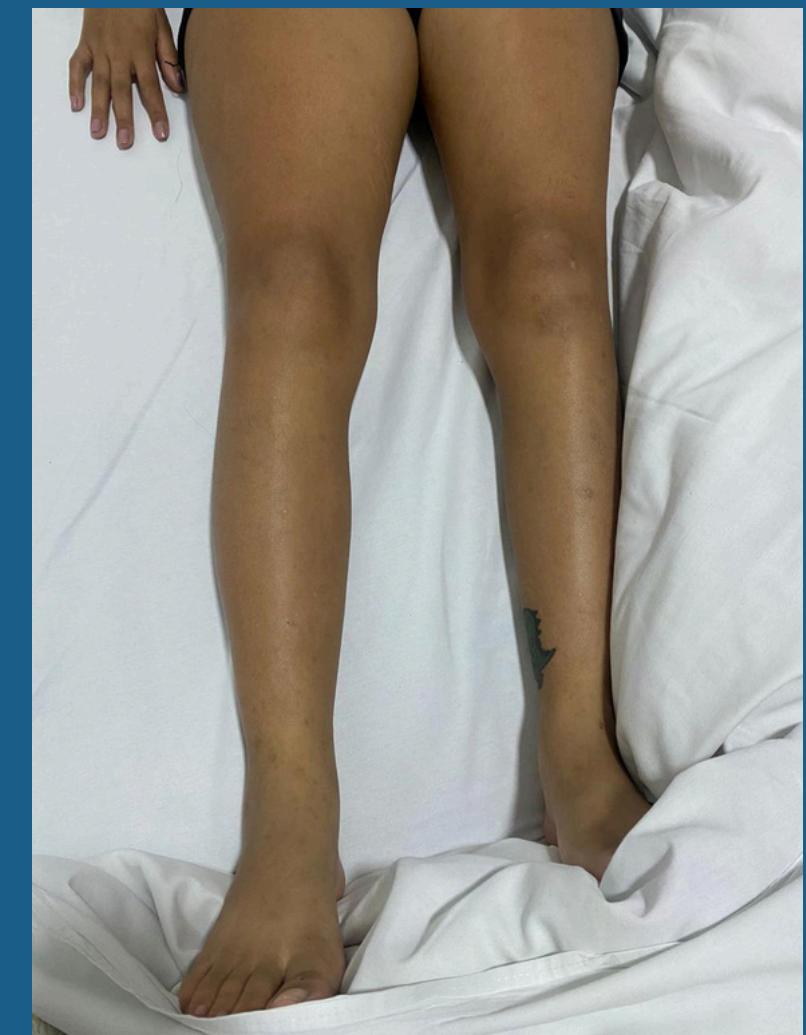
Resultado	1,57	g/24hs
Concentración	0,43	g/l
Diuresis	3630	ml/24 hs

La paciente tolera esquema de medicación sin complicaciones. Responde de forma favorable con disminución de volumen ascítico, resolución de edemas de miembros superiores e inferiores, mejorando su función renal con ritmo diurético conservado y orina clara, y resolución de sinovitis.



La paciente se encontraba asintomática, habiendo resuelto así todo tipo de edema y sinovitis a nivel de las articulaciones metacarpo falángicas e interfalangicas, es por eso que se indica egreso sanatorial con antihipertensivos, hidroxicloroquina, corticoides sistémicos, profilaxis antibiotica, y con su medicacion habitual (Levotiroxina)

Actualmente la paciente continua seguimiento con el reumatólogo, con el cual había comenzado a estudiarse a través de consultorios externos.



LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El LES es una enfermedad multisistémica, en ocasiones limitada a uno o pocos órganos, diagnosticada por razones clínicas en presencia de anormalidades serológicas características.

La atención del LES es multidisciplinaria, se basa en una decisión compartida entre el médico y el paciente, y debe considerar los costos individuales, médicos y sociales.

Manifestaciones clínicas

Lupus eritematoso sistémico

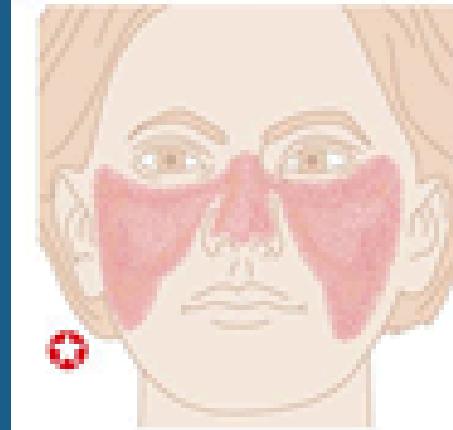
Síntomas en la piel

Son los más conocidos y visibles.
Los sufren el 90% de los pacientes.



Lesiones temporales

- Faringitis aguda (inflamación en garganta y la faringe)
- Rinitis paroxística (temporal de catarro)
- Algas bajas en la boca
- Erupciones en las que desaparecen (90%)



- Subaguado anular polidigital: anillos rojos que varían en forma y tamaño



Síntomas evolutivos del lupus (útiles para el diagnóstico)

Lesiones crónicas (irreversibles)

- Lupus discoidal: cicatrices alargadas
- Pericarditis (lugares profundos): inflamación de la grasa subcutánea



Piel más afectada

Muy común

Común

Poco común

Rara

Otros síntomas

Cerebro

10% de los pacientes
Cefalea de cabeza, depresión, alteración del comportamiento, pánico, epilepsia...

Corazón

10%
Inflamación de la membrana que los envuelve (pericarditis). Puede derivar en insuficiencia cardíaca.

Pulmones

10%
Inflamación de la membrana que los envuelve (pleuritis). Puede derivar en insuficiencia respiratoria.

Úlceras

10%
Nasales (inflamación del vaso). Es grave y debe tratarla con rapidez.

Articulaciones

100%
Artritis (inflamación). Especialmente en manos, muñecas, codos, rodillas y pies.

Síntomas generales

10%
Cansancio, pérdida de peso, fiebre (sin causa aparente).

Infecciones

Por la alteración del sistema inmunológico y por la medicación.

Síndrome antifosfolípido

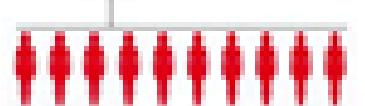
Tipo de lupus especial, con trombosis y alteraciones de coagulación.

Mortalidad

A los 10 años mueren el 20% de los pacientes, sobre todo por infecciones, distrofia renal o lesiones neurológicas.

Las cifras del lupus

Afecta a 10 de cada 100 000 habitantes



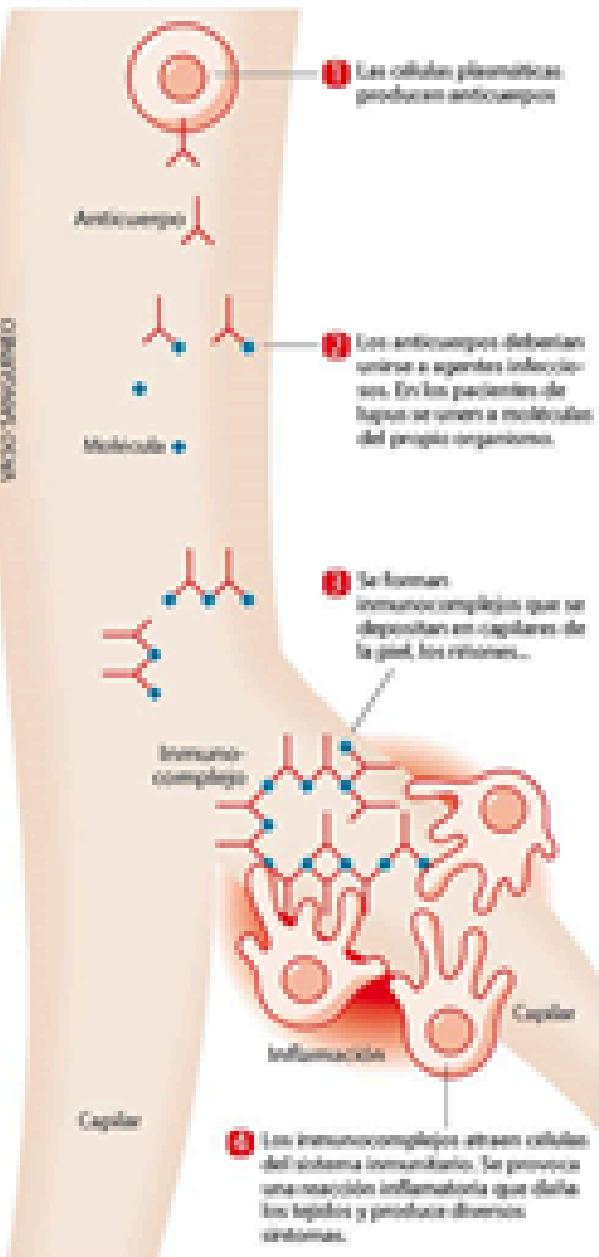
Afecta a un hombre por cada 10 mujeres.

Edad:
Más frecuente entre los 14 y los 40 años (desigual en la edad media de la mujer).

Raza:
Más común y más grave en personas de raza negra y asiática.

Raza:
Blanca Asiática Negra

Cómo actúa



Recommendation

2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus

Antonis Fanouriakis,^{● 1} Myrto Kostopoulou,² Alessia Alunno,^{● 3} Martin Aringer,⁴ Ingeborg Bajema,⁵ John N Boletis,⁶ Ricard Cervera,⁷ Andrea Doria,^{● 8} Caroline Gordon,⁹ Marcello Govoni,¹⁰ Frédéric Houssiau,¹¹ David Jayne,¹² Marios Kouloumas,¹³ Annegret Kuhn,¹⁴ Janni L Larsen,¹⁵ Kirsten Lerstrøm,¹⁶ Gabriella Moroni,¹⁷ Marta Mosca,¹⁸ Matthias Schneider,¹⁹ Josef S Smolen,²⁰ Elisabet Svenungsson,²¹ Vladimir Tesar,²² Angela Tincani,²³ Anne Troldborg,²⁴ Ronald van Vollenhoven,²⁵ Jörg Wenzel,²⁶ George Bertsias,²⁷ Dimitrios T Boumpas^{1,28,29}

Nuevos criterios EULAR/ACR del Lupus Sistémico

Manifestaciones clínicas	Puntos	Parámetros inmunológicos	Puntos
Manifestaciones constitucionales Fiebre	2	Anticuerpos antifosfolípidos Anticardiolipin IgG > 40 GPL o anti-β2GP1 IgG > 40 unidades o lupus anticoagulant	2
Manifestaciones cutáneas Alopecia Ulceras orales Lupus cutáneo subagudo o lupus discoide Lupus cutáneo agudo	2 2 4 6	Complemento C3 o C4 bajo C3 y C4 bajo	3 4
Manifestaciones articulares Sinovitis o dolor en al menos 2 articulaciones	6	Anticuerpos altamente específicos Anti-dsDNA anticuerpos Anti-Sm anticuerpos	6 6
Manifestaciones neuropsiquiátricas Delirios Psicosis Convulsiones	2 3 5		
Serositis Derrame pleural o pericárdico Pericarditis aguda	5 6		
Manifestaciones hematológicas Leucopenia Thrombocitopenia Hemolisis autoinmune	3 4 4		
Manifestaciones renales Proteinuria >0,5 g/24h Class II o V nefritis lúpica Class III o IV nefritis lúpica	4 8 10		

REFERENCIA: Arlinger et al. Abstract #2928. 2018 ACR/ARHP Annual Meeting.

- ✓ Los criterios de clasificación no son criterios de diagnóstico.
- ✓ Todos los pacientes deben tener ANA $\geq 1:80$ (criterio de entrada)
- ✓ Los pacientes deben tener ≥ 10 puntos para ser clasificados como LES
- ✓ Los puntos solo se pueden contar si no hay una causa más probable
- ✓ Solo cuenta el criterio más alto en una categoría dada
- ✓ La clasificación de SLE requiere puntos de al menos un dominio clínico

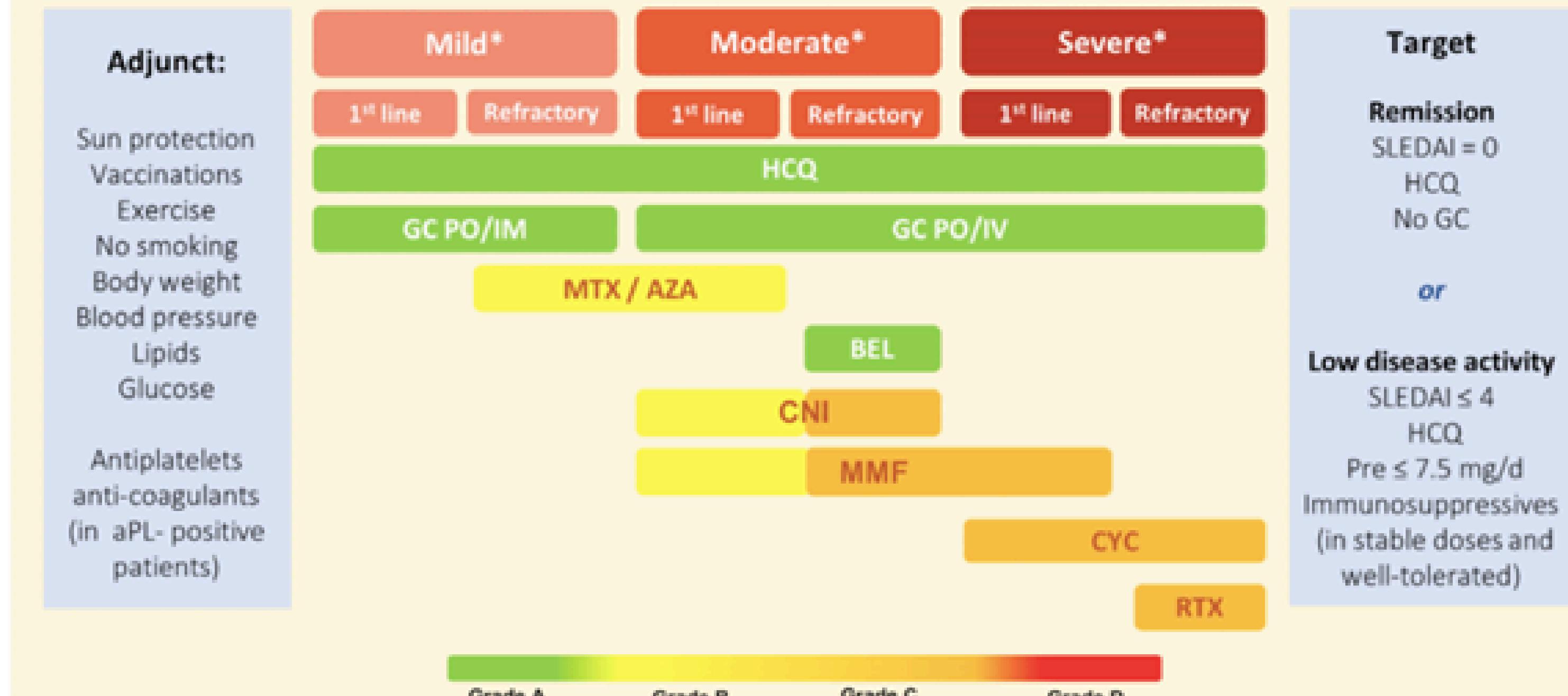
@Lupusreference

TRATAMIENTO

El tratamiento en el LES debe tener como objetivo la remisión o baja actividad de la enfermedad y la prevención de brotes en todos los órganos, mantenidos con la dosis más baja posible de glucocorticoides.

Los brotes de LES se pueden tratar de acuerdo con la gravedad de la afectación de los órganos ajustando las terapias en curso (glucocorticoides, agentes inmunomoduladores) a dosis más altas, cambiando o agregando nuevas terapias.

Treatment of non-renal Systemic Lupus Erythematosus



Mild: constitutional symptoms/ mild arthritis/ rash <5% BSA/PLTs 50-100 x 10³/mm³; SLEDAI≤6; BILAG C or ≤1 BILAG B manifestation

Moderate: RA-like arthritis/ rash 5-15% BSA/cutaneous vasculitis ≤15% BSA; PLTs 20-50x10³/mm³/serositis; SLEDAI 7-12; ≥2 BILAG B manifestations

Severe: major organ threatening disease (nephritis, cerebritis, myelitis, pneumonitis, mesenteric vasculitis; thrombocytopenia with platelets <20x10³/mm³; TTP-like disease or acute hemophagocytic syndrome; SLEDAI>12; ≥1 BILAG A manifestations)

Figure 1 Treatment of non-renal SLE—recommended drugs with respective grading of recommendation. aPL, antiphospholipid antibodies; AZA, azathioprine; BEL, belimumab; BILAG: British Isles Lupus Assessment Group disease activity index; CNIs, calcineurin inhibitors; CYC, cyclophosphamide; GC, glucocorticoids; HCQ, hydroxychloroquine; IM, intramuscular; MMF, mycophenolate mofetil; MTX, methotrexate; Pre, prednisone; PO, per os; RTX, rituximab; PLTs: Platelets; SLEDAI, Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index.

MUCHAS GRACIAS

