

■ Esta bursitis no va bien: ¡cuidado, puede ser un lupus!

Sr. Director:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica representativa de las enfermedades autoinmunes, que se caracterizan por una alteración en la respuesta inmunológica con producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos celulares. El resultado final es la afectación de múltiples órganos y sistemas con una gran variedad de patrones clínicos y biológicos¹.

Debido a esta gran heterogeneidad clínica, junto a la ausencia de cuadros patognomónicos o de pruebas de laboratorio específicas su diagnóstico muchas veces resulta complicado². Por la atención continuada, la Medicina de Familia constituye el marco ideal para poder enlazar los signos y síntomas de los pacientes en un momento determinado y diagnosticar enfermedades sistémicas que

de otra forma podrían pasar desapercibidas.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años; entre los antecedentes personales presentaba alergia a penicilina y estreptomina, mastopatía fibroquística, bocio grado III, actualmente eutiroides, y hernia de hiato. Estudiada en Dermatología 4 meses antes por caída de pelo sin que se llegase a una etiología concreta.

En octubre del 2000 es atendida en nuestra consulta por presentar dolor en codo derecho tras cargar peso, en ese momento el diagnóstico es de posible rotura fibrilar y se inicia tratamiento analgésico.

Dos meses después acudió por continuar con dolor y tras la exploración física se diagnosticó bursitis del codo iniciando tratamiento con reposo, AINE y vendaje en cabestrillo.

Ante la persistencia de los síntomas y el antecedente de caída de pelo se solicitó analítica para descartar una enfermedad inflamatoria articular. La analítica realizada en el centro de salud mostró un hemograma y bioquímica normales con factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares 1/5120

moteado, anticuerpos anti RNP positivo, anticuerpos anti SM positivo, todo ello compatible con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico.

En julio del 2001 la paciente acudió a la consulta por edema facial, objetivándose proteinuria franca, por lo que se envía al hospital ante la sospecha de un síndrome nefrótico de origen lúpico. Durante el ingreso se realizó biopsia renal confirmándose el diagnóstico de nefropatía lúpica tipo II-A (mesangial, sin signos de actividad). Recibió tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg/día mejorando la sintomatología. La paciente también fue diagnosticada durante el ingreso de poliserositis y queratoconjuntivitis seca, recibió igualmente tratamiento inmunosupresor específico y ante la mejoría de los síntomas se decidió el alta hospitalaria.

Durante este tiempo desarrolló un intenso síndrome de Raynaud (Fig. 1) que tratamos con solinitrina en gel y antagonistas del calcio; ante la falta de respuesta enviamos a la paciente al servicio de Vascular para valorar la posibilidad de iniciar otros tratamientos ensaya-



Figura 1
Síndrome de Reynaud.

dos en los últimos años como, prostaglandinas, láser o sangre autóloga pretratada³⁻⁵, estando actualmente en espera de resultados.

Un mes después la paciente acude a Urgencias por disnea, tos y expectoración blanquecina. Ante la sospecha de un tromboembolismo pulmonar, se realiza TAC helicoidal que confirmó el diagnóstico. Durante el ingreso recibe tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas pasando posteriormente a anticoagulación oral con dicumarínicos que son controladas en nuestro centro de salud.

En 1997, el *American College of Rheumatology* revisó los criterios para la clasificación del lupus eritematoso sistémico y estableció que de entre 20 se requería la presencia simultánea a lo largo del tiempo de 4 criterios o más para su diagnóstico (Tabla I)^{6,7}.

Los síntomas del aparato locomotor constituyen una de las manifestaciones clínicas más frecuentes del LES, así como la forma de presentación más habitual. Un 95% de los pacientes con LES refiere artralgias, por lo que constituyen el síntoma más frecuente de esta enfermedad. La artritis suele ser simétrica y afecta, con mayor frecuencia, a las pequeñas articulaciones. También se caracteriza por ser transitoria, de escasa duración y no se acompaña de erosiones articulares.

nos a otras alteraciones habituales como las hematológicas y dentro de ellas las alteraciones de la coagulación que justificarían el tromboembolismo que sufrió la paciente⁸.

Es importante resaltar que los criterios mencionados anteriormente son útiles básicamente para la clasificación de los pacientes y que no deben reemplazar el proceso diagnóstico ante la sospecha de LES. En nuestra paciente fue suficiente la presencia de una bursitis que "no iba bien" para pensar en esta posibilidad e iniciar el proceso diagnóstico. Por otro lado este caso, en el que se desarrollan varias de las complicaciones posibles del LES, pone de manifiesto una vez más que se trata de una enfermedad con un diagnóstico diferencial muy amplio en el que destacan un buen número de entidades^{1,2,8}.

La incidencia de LES se ha triplicado en los últimos 40 años⁹, cifra a la que sin duda ha contribuido el aumento de conocimientos sobre las posibles manifestaciones clínicas de esta entidad, por lo que una vez más queremos llamar la atención ante los distintos síntomas que presenten nuestros pacientes en la consulta diaria y recordar la importancia de la continuidad en la atención como herramienta diagnóstica.

La afectación renal en el curso de la enfermedad lúpica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Su frecuencia clínica se sitúa alrededor del 30-50% y constituye una de las primeras manifestaciones del LES (10% de los casos en el adulto). Por último, referir-

Tabla I

**CRITERIOS REVISADOS DEL
AMERICAN COLLEGE OF
RHEUMATOLOGY (ACR, 1997) PARA
LA CLASIFICACIÓN DEL LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Eritema facial
Lupus discoide
Fontosensibilidad
Úlceras orales
Artritis no erosiva
Serositis
Pleuritis o
Pericarditis
Enfermedad renal
Proteinuria mayor de 0,5 g/24 horas
Presencia de cilindros celulares o hemáticos en el sedimento
Trastornos neurológicos
Convulsiones o psicosis
Trastornos hematológicos
Anemia hemolítica o
Leucopenia (menor de 4.000 en 2 o más ocasiones) o
Linfopenia (menor de 1.500 en más ocasiones) o
Trombocitopenia (menor de 100.000)
Trastornos inmunológicos
Anticuerpos anti-DNA a título elevado
Anticuerpos anti-Sm
Serología luética falsamente positiva, anticuerpos anticardiolipina positivos
Presencia de anticoagulante lúpico
Anticuerpos antinucleares positivos

Agradecimientos: A José Manuel Segovia Boyo por su excelente colaboración fotográfica.

A. Rodríguez Blanco, J. Rodríguez Arrigiegabiria, M. A. Sirur Flores Bates, J. Morera Montes¹

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. ¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "V Centenario". Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Hanrahan P. The great pretender. Systemic lupus erythematosus. *Aust Fam Physician* 2001; 30 (7): 636-40.
2. Rasaratnam I, Ryan PF. Systemic lupus erythematosus (SLE): changing concepts and challenges for the new millenium. *Aust N Z J Med* 1998; 28 (1): 5-11.
3. Bartolome S, Trifiletti A, De Nuzzo G, Scamardi R, Larosa D, Sottilotta G, et al. Efficacy evaluation of prostaglandin E1 against placebo in patients with progressive systemic sclerosis and significant Raynaud's phenomenon. *Minerva Cardioangiol* 1999; 47 (5): 137-43.
4. Hirschl M, Katzenschlager R, Ammer K, Melnizky P, Rathkolb O, Kundi M. Double-blind, randomised, placebo controlled low level laser therapy study in patients with primary Raynaud's phenomenon. *Vasa* 2002; 31 (2): 91-4.
5. Cooke ED, Pockley AG, Tucker AT, Kirby JD, Bolton AE. Treatment of severe Raynaud's syndrome by injection of autologous blood pretreated by heating, ozonation and exposure to ultraviolet light (H-O-U) therapy. *Int Angiol* 1997; 16 (4): 250-4.
6. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1725.
7. Espinosa Garriga G, Cervera Segura R, Font Franco J. Lupus eritematoso sistémico. *Medicine* 2000; 8 (29): 1505-13.
8. Miret C, Cervera R, Font J. Lupus eritematoso sistémico. *JANO* 1999; 56, 1292: 39-51.
9. Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA, Castellino G, Hughes GRV. Systemic lupus erythematosus. *Lancet* 2001; 31: 1027-30.