



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 29: ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. SEROSITIS. ENFERMEDADES DEL PERICARDIO.

Autores: Mariana Lagrutta¹, Felipe Lancha², Henrique Brutscher²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudantes de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar manifestaciones clínicas sugestivas de enfermedades autoinmunes sistémicas, particularmente lupus eritematoso sistémico (LES).
- Integrar datos clínicos y de laboratorio para realizar una aproximación diagnóstica razonada.
- Reconocer manifestaciones de compromiso seroso y evaluar su gravedad en el contexto de enfermedad sistémica.
- Interpretar estudios inmunológicos básicos en el contexto clínico.
- Identificar criterios clínicos que orienten a internación, derivación o evaluación multidisciplinaria.
- Planificar una estrategia terapéutica inicial acorde al nivel de actividad y reconocer signos de alarma de compromiso vital.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: En la Unidad Temática precedente se presentó a la paciente Milagros, de 22 años, quien acudió a la consulta por un cuadro clínico de 8 semanas de evolución caracterizado por poliartritis simétrica de predominio en pequeñas articulaciones de manos y muñecas, acompañada de rigidez matinal. Al interrogatorio dirigido, se relevaron manifestaciones extraarticulares como fotosensibilidad, alopecia difusa no cicatrizal y fenómeno de Raynaud, en una paciente con antecedentes de vitiligo y carga heredofamiliar materna de autoinmunidad (tiroiditis de Hashimoto).

En dicha instancia, se constató un buen estado general y se indicó tratamiento sintomático inicial con AINEs (Naproxeno) y medidas de fotoprotección. Asimismo, se solicitó laboratorio general, serologías virales y un perfil inmunológico específico para orientar el diagnóstico.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor torácico y evaluación de exámenes complementarios solicitados.

ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente concurre a la consulta de seguimiento a los 15 días de iniciado el tratamiento con naproxeno. Al ser interrogada sobre la evolución del cuadro articular, refiere una mejoría parcial: la intensidad del dolor ha disminuido y la rigidez matinal persiste, aunque de menor duración comparado con la primera consulta. Si bien presenta mejoría del dolor, persiste tumefacción y limitación funcional.

Simultáneamente, relata la persistencia de astenia, la cual describe como una falta de energía constante que le dificulta retomar su ritmo habitual de estudio. La paciente expresa dudas respecto al origen de la astenia, planteando si podría estar vinculada a un proceso orgánico subyacente o al contexto psicoemocional reciente, refiriéndose a la ruptura de pareja y exámenes reprobados.

El motivo que precipita esta consulta es la aparición de dolor torácico de 48 horas de evolución, de localización retroesternal y precordial, de carácter punzante, intensidad moderada, que se exacerba con la inspiración profunda, la tos y los cambios posturales. Refiere empeoramiento en decúbito dorsal y alivio al adoptar posición sentada con inclinación anterior del tronco. Se acompaña de sensación febril vespertina, con registros domiciliarios de hasta 37,7 °C en los últimos dos días. Niega disnea de esfuerzo, palpitations o sudoración profusa.

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Cómo se integra el antecedente reciente de poliartritis inflamatoria en la interpretación del dolor torácico actual? ¿Modifica su sospecha etiológica y la conducta inicial?*
- *¿Existen factores ambientales o inmunológicos capaces de precipitar la expresión clínica de una enfermedad autoinmune previamente latente? ¿Cómo se integran los factores psicoemocionales dentro de este modelo fisiopatológico?*
- *¿Qué diagnósticos deben descartarse de manera inmediata ante la presencia de dolor torácico en una mujer joven?*

- *¿Qué características del dolor orientan a origen pericárdico?*
- *¿Qué elementos clínicos permiten distinguir dolor pericárdico de dolor isquémico?*
- *¿Considerando los datos obtenidos de la anamnesis, analice si detectan elementos clínicos que obliguen a evaluación urgente o monitorización hospitalaria?*

EXAMEN FÍSICO:

Impresión General: Paciente lúcida, orientada. Mantiene un buen estado general, aunque se observa facies de dolor leve al solicitarle una inspiración profunda. Adopta espontáneamente una postura sentada con leve inclinación anterior.

Signos Vitales: PA: 110/70 mmHg, FC: 102 lpm, FR: 22 rpm, Temperatura: 37.6°C (Axilar), Saturación O2: 98% (aire ambiente).

Cabeza y Cuello: Mucosas húmedas. Palidez cutáneo-mucosa leve. Sin lesiones cutáneas activas al momento del examen. No se observa eritema malar rostro actualmente. Alopecia difusa con cabello levemente quebradizo. Cuello sin ingurgitación yugular. No se palpan adenopatías. Tiroides no palpable.

Aparato Respiratorio: Buena entrada de aire bilateral. Murmullo vesicular conservado. No se auscultan rales ni frotos pleurales.

Aparato Cardiovascular: Ritmo regular. Taquicardia. Ruidos cardíacos levemente hipofonéticos. Sin soplos. Sin R3 ni R4. Se ausculta frote pericárdico de tonalidad áspera, superficial, con componente sistólico y diastólico, audible en borde paraesternal izquierdo, que persiste durante la apnea.

Abdomen: Blando, depresible e indoloro. No se palpa hepatomegalia ni esplenomegalia.

Sistema Osteoarticular: A la evaluación articular, persisten manifestaciones de sinovitis similares a la consulta previa con leve mejoría. Sin otras articulaciones involucradas.

PREGUNTAS GUÍA

- *¿Existen signos clínicos de inestabilidad hemodinámica?*
- *¿Qué parámetros del examen físico sugieren taponamiento cardíaco?*
- *¿Qué criterios clínicos obligan a evaluación en guardia?*
- *¿Qué hallazgos indicarían internación?*
- *¿Qué situaciones requerirían derivación a unidad de cuidados críticos?*

La paciente trae los resultados de exámenes complementarios (de la consulta anterior):

Laboratorio General:

Hemoglobina	11.5 g/dL
Hematocrito	36 %
VCM	82 fl
HCM	32.2 pg
Glóbulos blancos	3.100/mm³. Fórmula: Neutrófilos 65%, Linfocitos 12%
Plaquetas	272.000/mm ³
Glicemia	88 mg/dl
Urea	38 mg/dl
Creatinina	0,9 mg/dl
Sodio (mEq/l)	134 mEq/l
Potasio (mEq/l)	4.11 mEq/l
Cloro (mEq/l)	103 mEq/l
Bilirrubina total (mg/dL)	0.3 mg/dl
TGO (UI/L)	15 UI/L
TGP (UI/L)	8 UI/L
FAL (UI/L)	110 UI/L
Velocidad de eritrosedimentación (VES)	81 mm/1° hora
Proteína C Reactiva (PCR)	56 mg/L
TSH	2,5 UI/L
Orina	1018. pH 6, Índice proteína/creatinina: 280 mg/gramo de creatinina. Sedimento escasas células y escasos leucocitos. Sin sedimento activo.

- **Laboratorio Inmunológico:**

FAN (ANA): POSITIVO. Título 1/320. Patrón Nuclear Moteado.

Complemento C3: 65 mg/dL (Disminuido).

Complemento C4: 9 mg/dL (Disminuido).

Factor Reumatoideo: Negativo.

Anti-CCP: Negativo.

- **Serologías:**

HIV (ELISA): No reactivo.

VDRL: No reactivo.

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Qué hallazgos clínicos y de laboratorio apoyan la sospecha de una enfermedad autoinmune sistémica activa en esta paciente?*
- *Identifique los dominios comprometidos (constitucional, articular, seroso, hematológico, inmunológico). ¿Cómo contribuye esta integración al diagnóstico?*
- *¿Qué utilidad clínica tiene el FAN como estudio inicial en este contexto? ¿Qué limitaciones presenta en términos de especificidad?*
- *¿Qué relevancia tiene la hipocomplementemia (C3 y C4 bajos) en la interpretación del cuadro clínico?*
- *¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta etapa? ¿Considera necesaria la interconsulta con otros especialistas?*
- *Analizar el caso a la luz de los criterios clasificatorios vigentes para lupus eritematoso sistémico. ¿Cumple criterios? Fundamente*

El siguiente link muestra la tabla de criterios clasificatorios EULAR/ACR 2019 para comprender cómo se estructuran los dominios clínicos e inmunológicos en la clasificación de LES. Recuerde que estos criterios se utilizan para estandarizar pacientes en investigación, más que para reemplazar el razonamiento clínico.

[Table: Criterios EULAR/ACR para la clasificación del lupus eritematoso sistémico\[a\]-Manual MSD versión para profesionales](https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico?utm_source=professional&utm_medium=multimedia&utm_campaign=table-criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico)

https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/table/criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico?utm_source=professional&utm_medium=multimedia&utm_campaign=table-criterios-eularacr-para-la-clasificaci%C3%B3n-del-lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico

RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Consulta actual)

- **Radiografía de Tórax (frente y perfil):** Sin particularidades.

- **Electrocardiograma (ECG):**

Ritmo: sinusal.

Frecuencia cardíaca: Taquicardia sinusal (105 lpm).

Eje: Normal.

Intervalos: PR y QRS dentro de límites normales.

Elevación difusa del segmento ST con morfología cóncava hacia arriba en múltiples derivaciones (DI, DII, DIII, aVF y precordiales izquierdas V4–V6).

Depresión del segmento PR en las mismas derivaciones donde se observa elevación del ST.

No se observan ondas Q patológicas.

No hay patrón de distribución territorial coronaria.

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Qué características del segmento ST orientan a pericarditis y no a un síndrome coronario agudo con elevación del ST?*
- *¿Qué relevancia tiene la distribución difusa del supradesnivel y la ausencia de territorialidad coronaria?*
- *¿Cuál es el valor diagnóstico de la depresión del segmento PR?*
- *¿Qué elementos electrocardiográficos permiten diferenciar este trazado de un infarto agudo de miocardio?*
- *¿Qué estudios complementarios son prioritarios en este momento para confirmar el diagnóstico y descartar complicaciones?*
- *En función del ECG y del estado clínico, ¿existen criterios de internación, monitorización hospitalaria o derivación a cuidados críticos?*

La paciente es evaluada en guardia médica.

Se realiza ecocardiograma transtorácico: Informa derrame pericárdico leve a moderado, con función ventricular preservada (fracción de eyección 60%). No se describen signos ecocardiográficos de compromiso hemodinámico ni colapso de cavidades derechas.



Ecocardiograma transtorácico (diferentes ventanas)

PREGUNTAS GUÍAS:

- *¿Qué hallazgos definirían compromiso hemodinámico o taponamiento cardíaco?*
- *En este escenario, ¿la paciente requiere internación, seguimiento estrecho ambulatorio o monitorización en unidad de cuidados críticos? Justifique su respuesta.*

CONDUCTA Y TRATAMIENTO INICIAL:

Dada la presencia de pericarditis con derrame pericárdico y evidencia de actividad inmunológica sistémica, se indica internación para evaluación y monitorización inicial.

Se solicita interconsulta con Cardiología y Reumatología/equipo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas para manejo multidisciplinario.

Ante la estabilidad hemodinámica clínica y por ecocardiograma (ausencia de signos de taponamiento pericárdico), se decide internación en sala general con control estrecho.

Se solicita completar laboratorio inmunológico: Anti-DNA nativo, ENA* (Anti -Ro, anti-La, Ant-Sm, Anti-RNP), anticuerpos antifosfolípidos, por presentar FAN (ANA) positivo y manifestaciones clínicas y analíticas muy características de lupus eritematoso sistémico (LES).

***ENA:** antígenos nucleares extraíbles (*Extractable Nuclear Antigens*), son un grupo de proteínas específicas presentes en el núcleo celular que son blanco del sistema inmune, en diferentes enfermedades autoinmunes, incluido el lupus eritematoso sistémico.

Evaluar actividad de la enfermedad:

Se recomienda evaluar actividad de la enfermedad utilizando herramientas validadas (por ejemplo, SLEDAI), integrando:

- Manifestaciones clínicas (serositis, artritis, constitucionales).
- Alteraciones hematológicas.
- Actividad inmunológica (hipocomplementemia).

El siguiente enlace permite estimar la actividad de la enfermedad a partir de variables clínicas y de laboratorio. Aunque contempla parámetros que pueden no estar disponibles en la evaluación inicial (como los títulos de anti-DNA), constituye una herramienta útil para objetivar la actividad inflamatoria incluso antes de contar con todos los estudios inmunológicos.

<https://reference.medscape.com/calculator/335/sledai-2k?utm>

Tratamiento inmunomodulador inicial

Dado el diagnóstico de LES activo por criterios clínicos e inmunológicos (incluso en esta etapa de la evaluación):

a) Corticoterapia sistémica

- Indicación de corticoides sistémicos.

- La dosis debe ajustarse según la severidad clínica y actividad global. En casos de alta actividad o compromiso orgánico significativo, deberá considerarse el pulso de metilprednisolona intravenosa en el contexto de evaluación multidisciplinaria.

b) Hidroxicloroquina

- Inicio de hidroxicloroquina es tratamiento de base ante diagnóstico de LES, salvo contraindicación.

c) Colchicina

Puede considerarse el uso de colchicina como coadyuvante en pericarditis, según evaluación conjunta con servicio de cardiología.

d) AINEs

En la pericarditis de etiología inflamatoria no infecciosa, los AINEs constituyen tratamiento habitual. En este caso, su indicación debe individualizarse en función de la actividad global de la enfermedad y de la estrategia inmunomoduladora adoptada.

Seguimiento y vigilancia

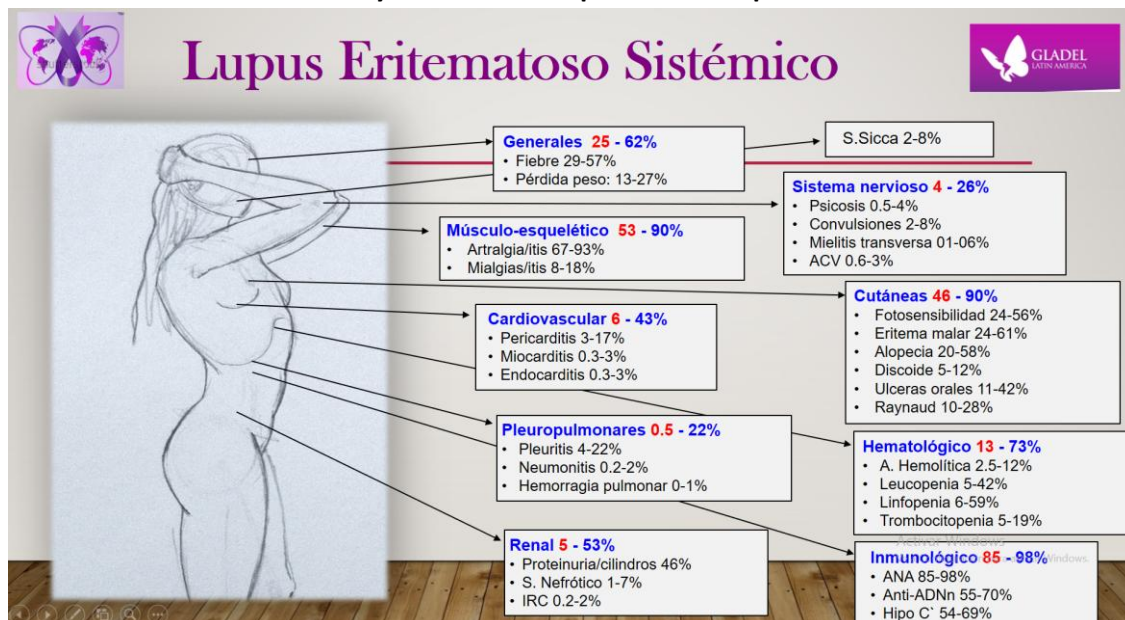
Monitorización clínica y reevaluación diaria de signos de compromiso hemodinámico durante la internación.

Control seriado de laboratorio (hemograma, función renal, complemento).
Seguimiento del sedimento urinario.

Educación de la paciente respecto a signos de alarma.

ANEXOS:

- Manifestaciones y frecuencia de aparición del lupus eritematoso sistémico



- Sensibilidad y especificidad del ANA (FAN) en principales enfermedades autoinmunes sistémicas en las que se detecta



Anticuerpos antinucleares		
	Sensibilidad ANA	Especificidad ANA
LES	93%-99%	57%
Esclerosis Sistémica	85%-97%	54%
Sme de Sjögren	48%-96%	52%
EMTC	93%	
Polimiositis/ dermatomiositis	61%-78%	63%

Activar Windows
Ver la configuración para activar Windows

Colglazier. Laboratory Testing in the Rheumatic Diseases: A Practical Review. Southern Med J 2005; 98: 185-191.