

## Lupus en la infancia



**Christopher J. Chiu, MD**

Profesor Asistente, Departamento de Medicina Interna, División de Medicina Interna General, Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Ohio;

Médico principal, Medicina interna general, OSU Outpatient Care East; Departamento de Medicina Interna, División de Medicina Interna General, Centro Médico Wexner de la Universidad Estatal de Ohio, Columbus, Ohio



**Dra. Jessica Hane**

Profesor Asistente, Universidad de Minnesota; Hospitalista de Medicina Interna y Pediatría, Centro Médico de la Universidad de Minnesota, Minneapolis, Minnesota-

**Christopher J. Chiu, MD: Bienvenido. Este es un resumen de un podcast reciente de Cribsiders. ¿Qué revisamos hoy?**

**Jessica Hane, MD:**

Hoy estamos aquí para hablar sobre el lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio en la niñez.

En LES de inicio infantil, nuestra experta fue la Dra. Rebecca Sadun, que se especializa en reumatología pediátrica y de adultos en Duke.

**Chiu: ¿Cómo se presentan típicamente los pacientes pediátricos con LES?**

**Hane:**

Los pacientes con LES pueden presentar una gama bastante amplia de síntomas; en realidad es una enfermedad muy heterogénea.

Fiebre, fatiga, pérdida de peso, dolor en las articulaciones y rigidez son los síntomas de presentación más comunes.

Los pacientes también pueden tener una erupción.

Los hallazgos cutáneos están presentes en alrededor de dos tercios de los casos e incluyen una erupción malar o discoide, alopecia y úlceras orales o nasales.

La Dra. Sadun nos aconsejó que pensemos también en el cronograma de la presentación.

**Chiu: Qué evaluación de laboratorio inicial se sugiere?**

**Hane:**

Depende de dónde estés.

En la consulta de atención primaria se puede comenzar con un hemograma y marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular), ya que suelen ser anormales en pacientes con condiciones reumatológicas.

Para hacer un diagnóstico de LES, se deben hacer estas cinco pruebas:

*Anticuerpos antinucleares (ANA)*

*Anti-ADN de doble cadena (AdsDNA)*

*Anti-Smith (Anti-Sm)*

*C3 y C4*

*Autoanticuerpos antifosfolípidos*

Si puede llevar a un paciente a una clínica de reumatología en unos pocos días, es razonable posponer este costoso estudio. Pero si el índice de sospecha es alto y van a pasar meses antes de que los pacientes puedan ver a un reumatólogo pediátrico (y algunos estados carecen por completo de un especialista), los médicos de atención primaria y pediátrica pueden comenzar el estudio.

**Chiu: ¿Hay ciertas poblaciones de pacientes que tienen más probabilidades de tener lupus?**

**Hane:**

Si. El lupus es raro en niños menores de 9 años.

Pero la incidencia aumenta en la adolescencia temprana y tardía.

También hay un predominio de mujeres: una diferencia de aproximadamente 3 a 1 (mujer a hombre) antes de la pubertad y de 9 a 1 durante la pubertad.

Ciertas razas y etnias tienden a tener tasas más altas de LES: las poblaciones afroamericanas, africanas, nativas americanas, isleñas del Pacífico y latinas tienden a tener tasas más altas de lupus.

Aunque los antecedentes familiares de enfermedad reumatológica aumentan la probabilidad de LES antes de la prueba, muchos pacientes diagnosticados con lupus no tienen antecedentes familiares.

**Chiu: Entonces, digamos que tenemos un alto índice de sospecha basado en la presentación y los antecedentes familiares. Hemos hecho la evaluación de laboratorio. ¿Cómo hacemos el diagnóstico final de LES?**

**Hane:**

Hablamos de un par de criterios diferentes, pero la Dra. Sadun nos dijo que los criterios **critérios de Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) de 2012** tienden a ser los más utilizados en la práctica pediátrica.

Los criterios clínicos generales para el diagnóstico de LES incluyen:

- 1.-manifestaciones mucocutáneas,
- 2.-serositis,
- 3.-enfermedad articular,
- 4.-signos de TEPT (trastornos de stress post traumatico),
- 5.- enfermedad hemolítica,
- 6.-afectación renal y
- 7.-afectación del SNC.

**Chiu: Hablemos de tratamiento. ¿Qué medicamentos deberíamos comenzar?**

**Hane:**

Todos los pacientes con lupus deben tomar hidroxiclороquina si pueden tolerarla, porque ayuda a prevenir los brotes.

Sin embargo, si un paciente tiene síntomas significativos y necesita una remisión más rápida, entonces piense en comenzar con los esteroides.

Y luego de los esteroides son medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). Los FARME más utilizados en el lupus pediátrico son el metotrexato, el micofenolato y la azatioprina.

**Chiu: ¿Puede aclarar algo más que surgió en el podcast? ¿Qué es una puntuación SLEDAI?**

**Hane:**

Este es el índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico.

En realidad, es una herramienta para ayudar a estratificar la gravedad de la enfermedad y guiar la terapia. Es utilizado principalmente por reumatólogos pediátricos.

**Chiu: Eso es bueno. ¿Tiene alguna perla final sobre este tema?**

**Hane:**

Aprendimos que la infección es una de las principales causas de muerte en pacientes con lupus. Entonces, como médico de atención primaria, una de las mejores cosas que puede hacer es asegurarse de que su paciente esté al día con las vacunas de rutina.

Otro punto importante es que ANA es una prueba muy útil si su índice de sospecha es alto. Es muy sensible, pero no específico ya que alrededor del 10% al 15% de los niños sanos tendrán una prueba de ANA positiva.

Entonces, si su índice de sospecha es bajo para el lupus, no debe solicitar un ANA.

**Chiu:**

**Gracias nuevamente por unirse a nosotros para otro resumen del podcast pediátrico [www.The Cribsiders.coo](http://www.TheCribsiders.coo)**

**Nota:** *Los Cribsiders son pediatras en ejercicio que entrevistan a expertos líderes en el campo para brindarle perlas clínicas y conocimientos que cambian la práctica, y para responder preguntas persistentes sobre temas centrales en medicina pediátrica. Los Cribsiders están afiliados al podcast de medicina interna The Curbsiders*