

NEFRITIS LUPICA ACTIVA, VALVULOPATIA MITRAL SEVERA, SAF Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO

Dr. Carlos **Encalada García**

Dra. Claudia **Calle**

Dr. Dardo **Spessot**

Dr. Roberth **Loor Tobar**

Dr. Gonzalo **Pacheco**

Dr. Juan José **Scali**

**UNIDAD DE REUMATOLOGIA
HOSPITAL CARLOS G DURAND.**

Buenos Aires, Argentina 2012

INTRODUCCION

- Cerca de un 30 a 40% de pacientes con Síndrome Antifosfolipídico (SAF) primario y 50 a 70% de SAF/LES, muestran afección de una o más válvulas cardíacas; a menudo en el corazón izquierdo.
- La valvulopatía mitral es una complicación severa del SAF/LES, aumentando la morbimortalidad de estos individuos al coexistir mecanismos tanto inflamatorios como pro-trombóticos

Caso Clínico

- Mujer, latina, de 20 años, con diagnóstico de LES de 6 años de evolución, con hallazgos clínicos de: rash malar, linfopenia en dos oportunidades, serositis, anemia hemolítica y biopsia renal en el 2006 (Glomerulonefritis tipo IV según OMS. Actividad 7/24, cronicidad 3/12).
- Laboratorio: FAN 1/1280, Anti DNA 1/1280, C3: 56 mg/%, C4: 14 mg/%, aCLS: negativo. AL: negativo.

- Previo a la consulta en nuestra Unidad, la paciente recibió 13 pulsos de ciclofosfamida asociado a esteroides en dosis inmunosupresoras; evidenciando mejoría clínica parcial del LES, persistiendo con proteinuria y hematíes dismórficos a pesar de mantenimiento con Azatioprina 150 mg/día. Posteriormente recibió tratamiento con Mofetil Micofenolato a dosis variables, por procesos infecciosos repetitivos.

- En Julio del 2010, se realiza la segunda biopsia renal, mostrando Nefritis Lúpica – clases IV (ISN/RPS – actividad 10/24 – cronicidad 3/12); acompañado de proteinuria 0.74 mg/L, urea 86 mg/dl, creatinina 1.09 mg/dl, CI Cr: 56 ml/min; por lo que se reinstauró meprednisona a 1 mg/kg/día y MFM 2 gr/día.

- En Abril del 2011, fue hospitalizada por fiebre, tos con expectoración, disnea progresiva y úlceras bimaleolares. Se diagnostica NAC; luego de 10 días de antimicrobianos y mejoraría clínica fue externada. Se prescribe AAS 100 mg/día por aCLS (positiva) IgG 20 UGPL y anticoagulante lúpico (positivo-dudoso), VDRL (positivo).

- Luego de cuatro días del alta hospitalaria, acude a guardia, por presentar disnea, taquicardia, taquipnea, afebril. Examen físico: livideces en MMII y úlceras perimaleolares en mejoría. Aparato respiratorio: Hipoventilación base derecha, crepitantes. Cardiovascular: TA 150/90 mmHg, soplo mesosistólico que irradia a axila en los cuatro focos. Edemas en MMII 3/6.

- Radiografía de Tórax: infiltrado intersticial.
- Ecocardiograma: Válvula mitral (engrosamiento de valva anterior con restricción a la apertura y valva posterior fija). Doppler: hiperflujo transvalvular mitral aumentado, **insuficiencia mitral severa**, insuficiencia tricúspide moderada e hipertensión pulmonar moderada (57 mmHg).
- Ecocardiograma Transesofágico: IMS, sin vegetaciones ni trombos.

- En Ateneo Clínico hospitalario conjunto, se decidió no intervenir quirúrgicamente su valvulopatía, por actividad concomitante del LES. Se instauró tratamiento con diuréticos 20 mg/día, enalapril 10 mg/d, pentoxifilina 1.2gr/d, hidroxicloroquina 400 mg/d y meprednisona 40 mg/d. Posteriormente MFM 2 gr/d, AAS 100 mg/d.

- Sedimento urinario: 6-12 hematíes dismórficos. Urocultivo negativo.
- En Septiembre del 2011, acude a guardia por pérdida de fuerza en MMII derecho de forma brusca, que progresa a parestesias homolateral. Lívedo reticularis en MMII y MMSS, úlcera venosa única en MMII de 5 mm, hematomas espontáneos.

- Laboratorio por consulta: aCLS 60 UGPL, Anti B2 GPI1 (10 U), AL (positivo dudoso).
- RMN Angioresonancia: ACV isquémico léntico capsular izquierdo.
- Ecodoppler de vasos del cuello: Sin alteraciones. Por lo que se indica anticoagulación con acenocumarol a RIN: 3.9, meprednisona 60 mg/d, atorvastatina 40 mg/d y MFM a dosis variables. Además de rehabilitación motriz.

Conclusiones

- Presentamos a una paciente con LES, nefritis activa persistente pese a tratamiento inmunosupresor prolongado; complicada en los últimos meses con SAF, insuficiencia mitral severa y ACV.
- Consideramos importante remarcar la variable morbi mortalidad post-quirúrgica valvular en SAF primario o secundario, reportada en diferentes series (7 a 63%); tanto con uso de bioprótesis como con prótesis mecánica.

- De esta manera se genera un verdadero desafío terapéutico de estos pacientes; optando algunos autores por un tratamiento médico como alternativa. Finalmente, la realización de una angiografía coronaria precoz sería mandatorio aún en pacientes jóvenes, no sólo focalizada en alteraciones de la macrovasculatura, sino también en la microvasculatura; anticipando esta grave complicación.