



CASO CLÍNICO

Lupus eritematoso sistémico secundario a fármacos valorado por teledermatología con residencias: a propósito de un caso

Drug-induced lupus diagnosed by teledermatology with nursing home: a case report

Ana Merello de Miguel^{a,*}, Francesca Argentina^a, Montserrat Barcon Marques^a, Elena Sendagorta Cudos^b y Rocío Menéndez Colino^a^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción

El lupus eritematoso sistémico inducido por fármacos (LEIF) es una enfermedad sistémica autoinmune de etiología desconocida, en probable relación con factores dependientes del fármaco responsable, así como de los propios pacientes^{1–3}. Este cuadro se desarrolla en pacientes sin historia previa de esta enfermedad autoinmune y supone el 10–15% de los casos de lupus eritematoso sistémico⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 96 años institucionalizada, por la que consulta telefónicamente su médico de residencia con la Unidad de Geriátría de Enlace por la aparición de lesiones cutáneas no pruriginosas faciales y en tronco de un mes de evolución que no desaparecen a la digitopresión, asociadas a malestar general, artralgias, anorexia y fiebre de 38 °C en los últimos 2 días.

Se programó una valoración en consulta de teledermatología en el mismo día, tras la cual se decidió derivación a la urgencia con sospecha de toxicodermia.

Como antecedentes personales destacaban: alergia a vancomicina e intolerancia a codeína, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica estadio IIIb, síndrome mielodisplásico, probable polimialgia reumática, gonartrosis e infección por SARS-CoV-2 en 2020.

Valoración geriátrica integral: dependiente para la ducha, vestido, transferencias y deambulación, precisaba ayuda para ir al baño e incontinencia urinaria ocasional. Independiente para la alimentación, aseo y continente fecal (Barthel 40/100, FAC 1). A nivel cognitivo presentaba un deterioro cognitivo no filiado estadio moderado, sin trastornos de conducta.

Estaba en tratamiento con apixaban, pantoprazol, indapamida, amlodipino, doxazosina, enalapril, furosemida, hidralazina, paracetamol, tramadol, carbonato cálcico/colecalciferol, hidroferol, prednisona (5 mg), eritropoyetina, lorazepam, pregabalina, mirtazapina, benadon y macrogrol.

La paciente fue valorada en el Servicio de Urgencias por el Servicio de Dermatología, que mantuvo la sospecha clínica de toxicodermia (fig. 1), se le realizó una biopsia y se inició prednisona a dosis de 30 mg al día, quedando la paciente ingresada en el Servicio de Geriátría con diagnóstico de toxicodermia a estudio, infección urinaria, fracaso renal y síndrome confusional agudo secundario.

Pruebas complementarias: estudio de inmunidad: ANA+ (1/2560 homogéneo), antihistonas+, antiDNAs–, antiENA–, antiRo–, antiLa–, antiSm–, antiRNP–, antiScl70–, antiJo1–, cANCA–, pANCA–, C3 bajo y C4 normal. Biopsia cutánea: dermatitis en la interfaz vacuolar muy sugestiva de lupus eritematoso.

Se realizó una revisión de la literatura y del tratamiento de la paciente, siendo probablemente la hidralazina el fármaco causante, el cual tomaba hacía 5 años. Se procedió a su retirada y se continuó con una pauta descendente de corticoides, siendo dada de alta a su residencia a los 7 días con una importante mejoría de las lesiones dérmicas.

Un mes tras el alta, se realizó nueva consulta en teledermatología, en la que se objetivó mejoría clínica, continuándose con la disminución de los corticoides. Al mes y medio del alta ingresó por descompensación de insuficiencia cardíaca en otro hospital, y tras contactar con los geriatras de enlace de dicho hospital, se decidió suspender el tratamiento por desaparición de las lesiones (fig. 2).

Discusión

Los fármacos con mayor riesgo asociado a LEIF son procainamida e hidralazina, con aproximadamente una incidencia del 20%⁵ y del 5–8%^{1,2,6–8} respectivamente. En el resto de fármacos plausibles, el riesgo es bajo^{1,6,7}.

El espectro clínico del LEIF incluye desde una afectación cutánea limitada a una afectación sistémica generalmente leve^{4,8}.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ana.merellode@salud.madrid.org (A. Merello de Miguel).



Figura 1. Placas y pápulas eritematopurpúricas infiltradas. En las extremidades superiores y en la espalda asociaban erosiones, escamas y signo de Nikolsky positivo. No lesiones en mucosas.

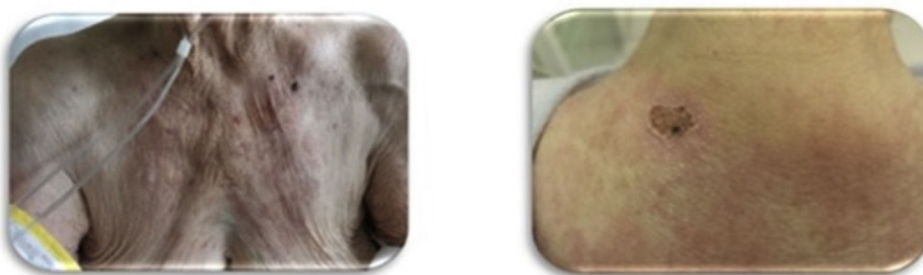


Figura 2. Resolución casi completa de las lesiones.

Predomina la sintomatología musculoesquelética (artralgias y mialgias), así como serositis y sintomatología constitucional (fiebre, astenia y anorexia). La serositis (pleuritis y pericarditis) y derrame pleural no son infrecuentes. Por el contrario, las manifestaciones renales, neurológicas y cutáneas, suelen ser infrecuentes^{1,2}.

Para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico es preciso cumplir los criterios de clasificación EULAR 2019 (ANA+ a título $\geq 1/80$ además de un criterio clínico y ≥ 10 puntos)⁹: Nuestro caso cumple los criterios EULAR por presentar ANA+ 1/2560 y 13 puntos (fiebre, delirio, lupus cutáneo agudo y C3 bajo).

El manejo del LEIF consiste en la retirada del fármaco implicado. Las manifestaciones clínicas pueden ser tratadas con corticoides sistémicos y/o tópicos e hidroxiclороquina, mientras que en los casos más resistentes podrían utilizarse inmunosupresores¹.

En este caso, la existencia de la consulta de teledermatología vehiculizado a través de la Unidad de Geriátría de Enlace permitió valorar precozmente a la paciente, mejorando su atención clínica y disminuyendo el número de traslados al hospital.

La teledermatología con residencias ofrece la posibilidad de detectar a pacientes con patologías potencialmente graves y ofrecerles una atención rápida y efectiva, aumentando la accesibilidad

en condiciones de elevada demanda asistencial. Este nivel asistencial de reciente creación disminuye la fragmentación entre niveles, sin mermar la atención clínica y aumentando la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencia.

Bibliografía

1. Pretel M, Marquès L, España A. Lupus eritematoso inducido por fármacos. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:18–30.
2. Vaglio A, Grayson P, Fenaroli P, Gianfreda D, Boccaletti V, Ghiglieri GM, et al. Drug-induced lupus: Traditional and new concepts. *Autoimmun Rev*. 2018;17:912–8.
3. Hess E. Drug-related lupus. *N Engl J Med*. 2010;318:1460–2. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198806023182209>.
4. Yung RL, Richardson BC. Drug-induced lupus. *Rheum Dis Clin North Am*. 1994;20:61–86.
5. Henningsen NC, Cederberg A, Hanson A, Johansson BW. Effects of long-term treatment with procaine amide. A prospective study with special regard to ANF and SLE in fast and slow acetylators. *Acta Med Scand*. 1975;198:475–82.
6. Cameron HA, Ramsay LE. The lupus syndrome induced by hydralazine: A common complication with low dose treatment. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289:410–2.
7. Rubin RL. Drug-induced lupus. *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14:361–78.
8. Borchers AT, Keen CL, Gershwin ME. Drug-induced lupus. *Ann N Y Acad Sci*. 2007;1108:166–82.
9. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 EULAR/ACR Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol*. (Hoboken, N.J.). 2019;71:1400–12.