

TAPONAMIENTO CARDÍACO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN VARÓN JOVEN

Edinson Dante Meregildo Rodríguez ^{1,a}

RESUMEN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune infrecuente en varones. El lupus en varones (comparados con las mujeres) presenta mayor compromiso orgánico, y tienen peor pronóstico. La pericarditis es relativamente frecuente en la evolución del paciente lúpico; pero, el taponamiento cardíaco como presentación inicial de LES en un varón joven, es muy raro. Se reporta el caso de un varón de 18 años que presentó poliserositis, taponamiento cardíaco, nefritis lúpica, insuficiencia respiratoria aguda, y convulsiones.

Palabras clave: Taponamiento cardíaco; Lupus Eritematoso Sistémico; Masculino. (Fuente: DeCS- BIREME).

CARDIAC TAMPONADE AS THE INITIAL PRESENTATION OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN A YOUNG MAN

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune disease infrequent in men. Lupus in men (compared to women) presents with more organ damage, and has a worse prognosis. Pericarditis is relatively frequent during a lupic patient course; but, cardiac tamponade as the initial presentation of SLE in a young man, is very rare. It is the report the case of an 18-year-old man who presented with cardiac tamponade, polyserositis, lupus nephritis, acute respiratory failure, and seizures.

Key words: Cardiac tamponade; Lupus Erythematosus, Systemic; Male. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida e infrecuente en varones. Los varones con LES, en contraste con las mujeres, presentan más frecuentemente compromiso renal, cardiovascular, neuropsiquiátrico, y poliserositis ^{(1), (4)}. La pericarditis es relativamente común en el curso del LES, y es más frecuente en varones de edad avanzada; pero el taponamiento cardíaco como presentación inicial de LES en un varón joven, es muy infrecuente ^{(2),(5)}. Se expone el caso de un varón de 18 años que presentó poliserositis, taponamiento cardíaco, nefritis lúpica, adema pulmonar agudo, y convulsiones.

REPORTE DE CASO

Varón de 18 años, ingresa por emergencia, referido de otro hospital público. Presenta un tiempo de enfermedad de 10 semanas, que se inicia con edema de miembros inferiores y que progresa en semanas hasta generalizarse; se agrega luego disminución del volumen urinario, y confusión. Al examen de ingreso se le halló: PA: 90/60 mmHg, FC: 120 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂ 96% a FiO₂ 21%, palidez 2+/3+; anasarca; aparato respiratorio: disminución del murmullo vesicular y matidez en 2/3 inferiores de ambos hemitórax; aparato cardiovascular: RCR taquicárdicos; abdomen: blando y depresible sin masas ni visceromegalias; neurológico: confuso, no focaliza, no signos meníngeos.

¹ Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo-Perú.

^a Médico Internista.

Exámenes auxiliares:

Hemograma leucocitos 7 570 /mm³ (segmentados 78%, abastionados 0%, eosinófilos 0%, monocitos 5%, linfocitos 17%), hemoglobina 9,3 g/dl, plaquetas 546 000 /mm³, proteínas totales 4,5 mg/dl, albumina 1,9 mg/dl, glucosa 97 mg/dl, urea 96 mg/dl, creatinina 1.28 mg/dl; Gases Arteriales y electrolitos: ph 7.403, pCO₂ 30.4 mmHg, pO₂ 62 mmHg, HCO₃ 19 mEq/l, Na 127, K 4,7, Cl 104 y SatO₂ 92% FiO₂: 0,21.

En días posteriores al ingreso el paciente evoluciona tópidamente. Un día después del ingreso se detecta ascitis abundante y hay progresión del derrame pleural bilateral. Tres días después, se agrega dificultad respiratoria y se hallan pulso paradójico, frote pericárdico y tonos atenuados en el examen físico; se le solicita radiografía de tórax (**Figura 1**), Tomografía de Tórax (**Figura 2**), Electrocardiograma (**Figura 3**), y Ecocardiograma (**Figura 4**). se realiza ventana pericárdica por taponamiento cardiaco. Cinco días después del ingreso, se agregan shock, falla renal aguda anúrica, acidosis mixta (metabólica y respiratoria), convulsiones tónico-clónicas y se reciben resultados confirmatorios de LES. Se inician Meropenem y Vancomicina (ante la sospecha de un foco séptico asociado), noradrenalina, metilprednisolona 1 g/día, e ingresa a hemodiálisis de urgencia; 12 días después de ingreso, se indica ciclofosfamida 500 mg, hidroxycloquina 400 mg/día; dos días después, presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular alta (FARVA), se inicia amiodarona parenteral, e ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo para apoyo ventilatorio.

Se realizó toracocentesis drenándose 900 ml de líquido citrino de hemitórax derecho. A partir de ese momento se decide hemodiálisis diaria. A pesar de ello, 5 días después, presenta edema agudo de pulmón y desarrolla hipotensión refractaria a pesar de doble vasopresor (noradrenalina y dopamina). Se repite episodio de FARVA y fallece.

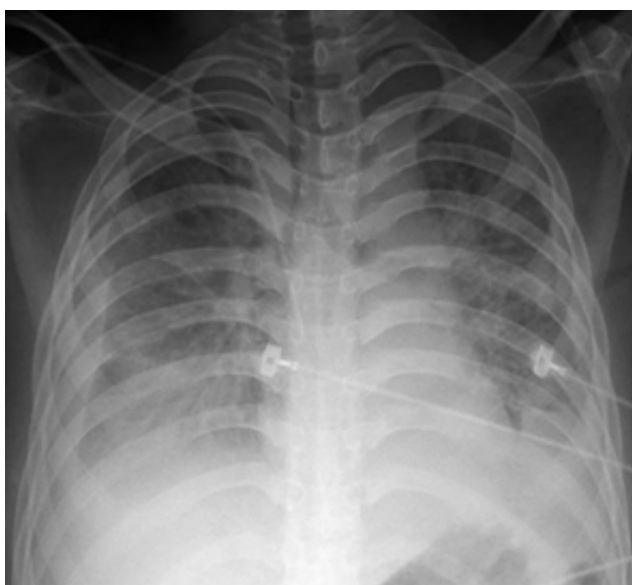


Figura 1. Rx. de Tórax: compromiso alveolar con broncograma aéreo y efusión pleural bilateral.

Otros estudios relevantes:

Examen de orina: aspecto turbio, proteínas 3+, esterasa leucocitaria 3+, hemoglobina 2+, leucocitos >100 x campo, hematíes 25-30 x campo, cilindros granulados; urocultivo: *Pseudomona aeruginosa*, sensible a piperazilina/tazobactam, meropenem y resistente a cefalosporinas; proteinuria 5,071 g/24h; calcio sérico 8,1 mg/dl; C₃ 0,47 (normal de 0.89-1,87 g/L), C₄ 0.09 (normal 0,165-0,380 g/L); ANA 2,00 AU/ml (normal <1 AU/ml); Anti-ds DNA 3,06 AU/ml (normal <1 AU/ml); ADA en líquido pericárdico: 15,3 U/L; Coombs directo Negativo; Biopsia de Pericardio "pericarditis crónica leve con marcada fibrosis con focos de necrosis fibrinoide".

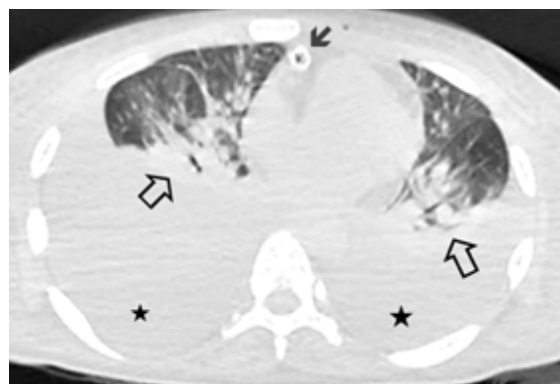


Figura 2. TC Axial Torácica sin contraste: parénquima pulmonar con radiopacidades y broncograma aéreo bilateral (flechas blancas con rebordes negros) y efusión pleural bilateral (estrellas); en espacio pericárdico presencia de tubo de drenaje pericárdico (flecha negra).

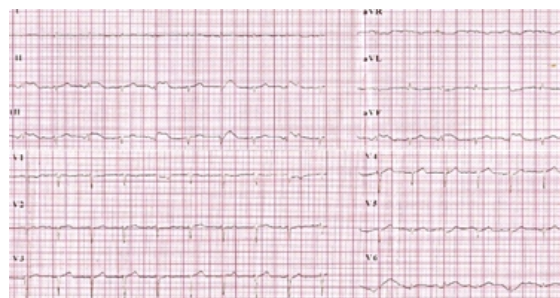


Figura 3. Taquicardia sinusal, pobre progresión de "R" en precordiales, elevación del segmento ST en cara inferior y hemibloqueo anterior-izquierdo".



Figura 4. Ecocardiograma: derrame pericárdico antero-posterior con colapso diastólico de cavidades derechas (flecha roja).

DISCUSIÓN

Aunque se considera que el LES afecta típicamente a mujeres jóvenes, se puede presentar a cualquier edad (desde 1 hasta 90 años), y tanto en mujeres como en varones. Las mujeres presentan el 90% de los casos de LES ^{(1),(4),(5),(7)}. Esta afectación preferencial por sexos parece deberse a las diferencias hormonales, las que modificarían la expresión de la enfermedad, facilitando o suprimiendo síntomas ^{(2),(5)}. Los varones con LES--comparados con las mujeres-- más frecuentemente presentan compromiso renal, neuropsiquiátrico, cardiovascular, trombosis, y serositis ^{(1),(4)}. Otros autores reportan también, mayor frecuencia de alteraciones hematológicas (anemia, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, y anemia hemolítica auto-inmune), hepatoesplenomegalia, vasculitis ^{(3),(7)}, y una mayor incidencia de infecciones, particularmente tuberculosis ^{(1),(3),(4)}.

Las manifestaciones cardíacas del LES incluyen pericarditis, miocarditis, endocarditis, efusión pericárdica, y arritmias. Dubois, en un estudio clásico de los años 60, halló que de 520 pacientes admitidos por efusión pericárdica, sólo 2,5% correspondieron a Lupus ⁽⁷⁾. Aunque, durante el curso del LES la pericarditis es común y se puede presentar hasta en el 30% de casos, el taponamiento cardíaco es mucho menos común (<3%). El taponamiento como forma inicial de presentación de LES es muy inusual y rara vez se ha reportado ^{(3),(7)}.

Dado que el lupus es más prevalente en mujeres y que las manifestaciones cardíacas usualmente ocurre a edades más tardías; en este paciente—un hombre de 18 años, el taponamiento cardíaco como presentación inicial de LES que necesitó drenaje quirúrgico inmediato (antes de identificarse la etiología) es hecho muy llamativo por lo infrecuente de este caso.

Se han descrito como predictores significativos de taponamiento en los pacientes con LES: anemia, enfermedad renal, e hipocomplementemia, hallazgos presentes en este paciente. El desarrollo de taponamiento también se ha descrito como un signo de mal pronóstico, con una supervivencia a 5 años de sólo 46% ⁽⁵⁾. El LES en varones--comparado con las mujeres-- tiene peor pronóstico (mayor compromiso orgánico, mayor riesgo de requerir diálisis, y mayor mortalidad) ^{(1),(3)}. Las principales causas de muerte son daño renal irreversible, infecciones, y compromiso neurológico ^{(5),(7)}.

Este paciente, reunía factores de riesgo para taponamiento, y para mal pronóstico en general. La sospecha y búsqueda activa de signos tempranos de taponamiento cardíaco, la disponibilidad del procedimiento de ventana pericárdica de emergencia y la diálisis de urgencia, son procesos que pueden disminuir la morbimortalidad de estos pacientes. Pese al diagnóstico oportuno y tratamiento recibido, siguió una evolución desfavorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tze Chin Tan, Hong Fang, Laurence S. Magder, and Michelle A. Petri. Differences between Male and Female Systemic Lupus Erythematosus in a Multiethnic Population. *J Rheumatol* 2012 April; 39(4): 759–769
2. Kwame Yeboah-Mensah. Atypical Presentation Of Systemic Lupus Erythematosus In A West African Male. *Ghana Medical Journal* 2014; 48(1): 50-3
3. Jiwon Hwang, Jaejoon Lee, Joong Kyoung Ahn, Eun-Jung Park, Hoon-Suk Cha, and Eun-Mi Koh. Clinical characteristics of male and female Korean patients with systemic lupus erythematosus: a comparative study. *Korean J Intern Med* 2015;30(2):242-249
4. Patwardhana M, Pradhanb V, Rajadhyakshac A, Umared V, Rajendrane V, Survef P, Ghoshg K. Clinical and serological features of male Systemic Lupus Erythematosus patients from Western India. *Indian Journal of Rheumatology* 2012; 7 (4): 204-8.
5. Maharaj S, Chang S. Pericardial effusions in systemic lupus erythematosus — Who is most likely to develop tamponade? *Int J Cardiol* 2015; 180: 149–150
6. Serkan Topaloglu, Dursun Aras, Kumral Ergun, Hakan Altay, Omer Alyan, Ahmet Akgul. Systemic lupus erythematosus: An unusual cause of cardiac tamponade in a young man. *Eur J Echocardiogr* 2006; 7 (6): 460-462
7. Dubois EL. The clinical picture of systemic lupus erythematosus. In: Dubois EL, ed. *Lupus erythematosus*. New York: McGraw-Hill, 1966: 151.

Revisión de pares:

Recibido: 22/02/16

Aceptado: 16/03/16