

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

<https://doi.org/10.35381/s.v.v8i1.3850>

Lupus eritematoso sistémico con anemia hemolítica a causa de infección por herpes zoster

Systemic lupus erythematosus with hemolytic anemia due to herpes zoster infection

Symone Shyram Villacres-Moya

symonesvm81@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0004-2587-9274>

Doménica Elizabeth Zurita-Cobo

domenicaezc73@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0001-1228-0017>

Daniela Abigail Cobo-Alvárez

ua.danuelacobo@unuandes.edu.com

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-3927-870X>

Recibido: 15 de octubre 2023

Revisado: 10 de diciembre 2023

Aprobado: 15 de enero 2024

Publicado: 01 de febrero 2024

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

RESUMEN

Se presenta caso clínico de lupus eritematoso sistémico con anemia hemolítica a causa de infección por herpes zoster. Se presentó una paciente de 65 años que ya tiene un diagnóstico definitivo de LES hace 1 año, como ya se ha mencionado el factor predisponente que contribuye en la patología para derivar a otras enfermedades es el sistema inmunológico y la edad, según el Dr. Hernán Aguirre de la Universidad de La Sabana el LES no solo compromete a mujeres en su edad fértil, sino que también afecta en los extremos de la vida.

Descriptores: Herpes zoster; varicela; infección por el virus de la varicela-zóster. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

A clinical case of systemic lupus erythematosus with hemolytic anemia due to herpes zoster infection is presented. We present a 65 year old patient who already has a definitive diagnosis of SLE 1 year ago, as already mentioned the predisposing factor that contributes in the pathology to derive to other diseases is the immune system and age, according to Dr. Hernan Aguirre of the Universidad de La Sabana SLE not only compromises women in their childbearing age, but also affects in the extremes of life.

Descriptors: Herpes zoster; chickenpox; varicella zoster virus infection. (Source: DeCS).

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

INTRODUCCIÓN

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, presenta la capacidad de someter y destruir tejido corporal sano por equivocación y generar anasarca, además de ocasionar un crecimiento anómalo en los órganos, daño en los tejidos de estos y cambios en su funcionamiento; afecta comúnmente en las articulaciones, piel, cerebro, pulmones, riñones y vasos sanguíneos.^{1 2 3 4 5 6}

El lupus eritematoso sistémico presenta varios factores que contribuyen al desarrollo de esta, por tanto, es correcto plantear que el LES tiene una etiología desconocida o poco investigada, no obstante, puede estar relacionado con varios agentes como factores genéticos, inmunológicos, endocrinos y ambientales.^{7 8 9 10 11}

El uso de anticonceptivos que poseen estrógenos y el reemplazo de las hormonas en la postmenopausia provoca la presencia de brotes cutáneos, así mismo de que el factor edad es predominante dado que incide en personas mayores o en mujeres en edad fértil. Conociendo los antecedentes, el lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica que provoca disminución en la respuesta inmunitaria, ya que esto es uno de los predisponentes del LES, por consiguiente, tiene la capacidad de generar varias patologías a consecuencia de la disminución inmune del organismo.^{12 13 14 15}

Se presenta caso clínico de lupus eritematoso sistémico con anemia hemolítica a causa de infección por herpes zoster.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 65 años, mestiza, nacida y residente en Ambato, instrucción primaria, ocupación QQDD, soltera, grupo y factor desconoce, no refiere antecedentes quirúrgicos ni patológicos familiares, sin alergias conocidas, 3 gestas, 3 partos y 0 abortos.

Presenta antecedentes patológicos personales de: Lupus eritematoso sistémico diagnosticado hace 1 año en tratamiento con Prednisona 20mg VO QD, hidroxicloroquina 200mg VO QD, Azatioprina 50 mg VO QD, Omeprazol 20 mg VO QD.

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

Hipertensión arterial de 1 año de evolución con tratamiento de lbersartán 150mg una vez al día.

Hipotiroidismo de 20 años de evolución con tratamiento de levotiroxina 125 mcg VO QD.

Hospitalizada hace 1 año en el hospital Luis Vernaza por enfermedad de base más anemia hemolítica autoinmune diagnosticado hace 1 año que recibe tratamiento durante su hospitalización pulsos de metilprednisolona 125 mg, inmunoglobulina humana (octagam), azatioprina 100mg VO QD, anticuerpos antiCD20 y cuatro dosis de Riuximab 772. 5mg por 4 dosis.

Trombocitopenia recibe tratamiento Romiplostim, 3 dosis.

Refiere cuadro clínico de 7 días de evolución que se caracteriza por dolor tipo urente de moderada intensidad en mano izquierda que se irradia a antebrazo y brazo, (Figura 1, 2 y 3) acompañado de lesiones vesiculares de 2 mm por lo que acude a facultativo quien prescribe medicación que no especifica, presentando leve mejoría.

Posterior a esto, paciente refiere astenia, malestar general, disnea de medianos esfuerzos e ictericia generalizada de 1 semana de evolución por lo que es valorada y se decide su ingreso.

Al examen físico la paciente presenta las siguientes funciones vitales: TA: 150/90, FC: 90 lpm, Sat O2: 91% aire ambiente; T: 36,5 °C, FR: 20 x'. Paciente vigil, afebril, hidratada, orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel deshidratada, normoelástica, llenado capilar >3 segundos; cabeza normoencefálica, no lesiones, cabello de implantación normal adecuada para la edad; ojos, escleras ictéricas, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, se evidencia opacidad blanquecina en ojo izquierdo. Nariz presenta la pirámide nasal sin lesiones, fosas nasales permeables, sin secreciones. Boca: las mucosas orales secas, orofaringe sin signos clínicos. Cuello simétrico, sin adenopatías, no ingurgitación yugular, tiroides OA, no se palpan nódulos. Tórax simétrico, expansibilidad conservada, no se observan lesiones ni cicatrices. Corazón, ruidos cardíacos rítmicos

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

normofonéticos, no se auscultan soplos. Pulmonar: murmullo vesicular ventilado, no presencia de ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, hepatomegalia 2 trasversos de dedo, ruidos hidroaéreos conservados.

En extremidades, en miembro superior izquierdo se evidencian lesiones vesiculares que van desde la primera y segunda falange y se extienden a través del antebrazo y el brazo siguiendo el nervio mediano.

Después de ser ingresada se le realiza una ecografía de abdomen (Figura 4) en la cual se encuentra hígado de bordes regulares de ecogenicidad homogénea, de tamaño conservado, el lóbulo derecho mide 150 mm, no hay dilatación de la vía intra ni extrahepática.

Vesícula biliar de paredes delgadas, con varios litos que miden 4 a 5 mm.

Páncreas de ecogenicidad homogénea, de tamaño conservado. Aorta de diámetro conservado. Bazo de ecogenicidad homogénea, mide 155 mm. Riñones de forma, tamaño y ecogenicidad conservada, localizados en el retroperitoneo, presentan adecuada relación cortico medular, no se evidencia dilatación del sistema pielocalicial.

Hernia de la pared abdominal anterior, a nivel supra umbilical (5cm), el anillo mide 19 mm y a nivel umbilical el anillo mide 17 mm.

La paciente muestra una colelitiasis, esplenomegalia y hernia de la pared abdominal anterior.

Así mismo se le realiza exámenes de laboratorio en 3 días distintos. En el primer examen de laboratorio con fecha de 20 de junio de 2023 presenta leucopenia con linfopenia, anemia moderada con elevación del volumen corporal medio, UIBC y MCH elevados, así mismo, hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción indirecta Al día siguiente, los exámenes de laboratorio mostraron un aumento de reticulocitos, y la prueba de Coombs directa arrojó un resultado positivo (IgG).

A los 6 días posteriores se le realiza un tercer examen de laboratorio, se mantiene la neutrofilia, el volumen corpuscular medio y MCH elevados; no se puede apreciar la

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

bilirrubina directa debido al agotamiento del reactivo, no obstante, la bilirrubina total se encuentra todavía elevada.

Como tratamiento se emplea cloruro de sodio 8ml/h, metilprednisolona 125 mg intravenoso QD, metoclopramida 10 mg PRN y tramadol 50 mg IV cada 8 horas.

Tras pasar 8 días internada, la paciente presenta una mejoría con respecto a su diagnóstico de herpes zóster y es dada de alta el día 28 de junio de 2023.

CONCLUSIONES

Se presentó una paciente de 65 años que ya tiene un diagnóstico definitivo de LES hace 1 año, como ya se ha mencionado el factor predisponente que contribuye en la patología para derivar a otras enfermedades es el sistema inmunológico y la edad, según el Dr. Hernán Aguirre de la Universidad de La Sabana el LES no solo compromete a mujeres en su edad fértil, sino que también afecta en los extremos de la vida. Por otra parte, en los últimos 25 años se ha demostrado la aparición del LES por encima de los 50 - 60 años, aunque es infrecuente, se le nombró lupus eritematoso sistémico de inicio tardío. Sin embargo, se determina que el LES no respeta edades teniendo la capacidad de presentarse desde un recién nacido hasta un adulto mayor, como el caso de la paciente.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

REFERENCIAS

1. Crow MK. Pathogenesis of systemic lupus erythematosus: risks, mechanisms and therapeutic targets. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(8):999-1014. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223741>
2. Zucchi D, Silvagni E, Elefante E, et al. Systemic lupus erythematosus: one year in review 2023. *Clin Exp Rheumatol.* 2023;41(5):997-1008. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/4uc7e8>
3. Lazar S, Kahlenberg JM. Systemic Lupus Erythematosus: New Diagnostic and Therapeutic Approaches. *Annu Rev Med.* 2023;74:339-352. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-043021-032611>
4. Narváez J. Systemic lupus erythematosus 2020. *Lupus eritematoso sistémico 2020. Med Clin (Barc).* 2020;155(11):494-501. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.009>
5. Yu H, Nagafuchi Y, Fujio K. Clinical and Immunological Biomarkers for Systemic Lupus Erythematosus. *Biomolecules.* 2021;11(7):928. <https://doi.org/10.3390/biom11070928>
6. Zucchi D, Elefante E, Schilirò D, et al. One year in review 2022: systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 2022;40(1):4-14. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/nolysv>
7. Stull C, Sprow G, Werth VP. Cutaneous Involvement in Systemic Lupus Erythematosus: A Review for the Rheumatologist. *J Rheumatol.* 2023;50(1):27-35. <https://doi.org/10.3899/jrheum.220089>
8. Durcan L, O'Dwyer T, Petri M. Management strategies and future directions for systemic lupus erythematosus in adults. *Lancet.* 2019;393(10188):2332-2343. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30237-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30237-5)
9. Siegel CH, Sammaritano LR. Systemic Lupus Erythematosus: A Review. *JAMA.* 2024;331(17):1480-1491. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.2315>
10. Aringer M. Inflammatory markers in systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun.* 2020;110:102374. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102374>

Symone Shyram Villacres-Moya; Doménica Elizabeth Zurita-Cobo; Daniela Abigail Cobo-Alvárez

11. Parperis K, Velidakis N, Khattab E, Gkougkoudi E, Kadoglou NPE. Systemic Lupus Erythematosus and Pulmonary Hypertension. *Int J Mol Sci.* 2023;24(6):5085. <https://doi.org/10.3390/ijms24065085>
12. Illescas-Montes R, Corona-Castro CC, Melguizo-Rodríguez L, Ruiz C, Costela-Ruiz VJ. Infectious processes and systemic lupus erythematosus. *Immunology.* 2019;158(3):153-160. <https://doi.org/10.1111/imm.13103>
13. Li H, Boulougoura A, Endo Y, Tsokos GC. Abnormalities of T cells in systemic lupus erythematosus: new insights in pathogenesis and therapeutic strategies. *J Autoimmun.* 2022;132:102870. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102870>
14. Xiang K, Wang P, Xu Z, et al. Causal Effects of Gut Microbiome on Systemic Lupus Erythematosus: A Two-Sample Mendelian Randomization Study. *Front Immunol.* 2021;12:667097. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.667097>
15. Allen ME, Rus V, Szeto GL. Leveraging Heterogeneity in Systemic Lupus Erythematosus for New Therapies. *Trends Mol Med.* 2021;27(2):152-171. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2020.09.009>