

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL.

COORDINACIÓN DEL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

DETECCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL EN PACIENTES CON LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
ENFERMEDADES POR DAÑO INMUNOLÓGICO (CEDI) DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MÉXICO DR FEDERICO GÓMEZ.

DRA. ROSA MARÍA TORRES BAÑUELOS.

TUTOR TEÓRICO

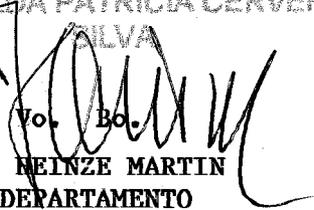
TUTOR METODOLÓGICO

FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
COORDINACIÓN DE

DRA. HILDA PATRICIA CERVERA ENSEÑANZA FRANCISCO FRANCO LOPEZ
SALAZAR.

Vo. Bo. 
DR. GERHARD HEINZE MARTIN
JEFE DEL DEPARTAMENTO

México, Distrito Federal, Enero 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

➤ Agradecimientos	3
➤ Introducción	4
➤ Marco teórico	5
➤ Justificación	13
➤ Planteamiento del problema	14
➤ Objetivos	15
➤ Hipótesis	15
➤ Metodología	16
➤ Resultados	20
➤ Discusión	21
➤ Conclusiones	22
➤ Bibliografía	23

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre, por darme la vida y acompañarme siempre, donde quiera que se encuentre en este gran universo.

A mi padre, por apoyarme siempre y jamás poner límite a mis ideales.

A mi hermano, por ser un pilar importante en mi vida y mi compañero de siempre.

A la UNAM por aceptarme desde hace muchos años en sus instalaciones y proporcionarme la educación y compartir sus vastos conocimientos y espacios.

A mis maestros y todos aquellos médicos y amigos que he conocido durante este largo recorrido.

A mis pacientes, para quien espero seguir siendo una fuente de confianza y alivio siempre que así me lo soliciten.

DETECCION DE PSICOPATOLOGIA INFANTIL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO QUE ACUDEN A LA CLINICA DE ENFERMEDADES POR DAÑO INMUNOLOGICO (CEDI) DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

INTRODUCCION.

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad de evolución crónica, con etiología genética y autoinmune, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos que causan daño tisular a múltiples órganos. Su detección y tratamiento en sitios hospitalarios adecuados permite una mejor sobrevida en los pacientes. El impacto actual que tiene sobre la salud mental en la población infantil no ha sido totalmente estudiado en la población mexicana.

En la población pediátrica las formas más graves son causantes de las manifestaciones neuropsiquiátricas, cuya mortalidad es elevada aún cuando se inicie el tratamiento especializado en fases tempranas. Los pacientes que son referidos a los servicios de psiquiatría generalmente ya han cursado con manifestaciones psicopatológicas de tipo afectivo o psicótico, por lo que requieren evaluación y tratamiento.

Debido a que existe escasa información referente a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en este grupo de edad, se plantea la realización de este estudio.

MARCO TEORICO.

La palabra "lupus", proviene del latín *lupus* que significa lobo, "eritematoso" quiere decir rojo. Se le aplicó este nombre porque se pensaba que la lesión de la piel semejaba la mordedura de un lobo. Fué hasta 1981 que se le dió el nombre de Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Los primeros estudios de la enfermedad, realizados a principios del siglo XIX, se relacionaron con la piel. Más tarde, el doctor Kaposi, dermatólogo, notó que los pacientes también presentaban compromiso de órganos internos (riñón, corazón, pulmón, etc.) En 1890 el doctor William Osler, uno de los padres de la medicina; demostró que se podían encontrar enfermos sin lesiones de la piel pero con deterioro de órganos internos. (1)

Un hecho trascendental en la historia del Lupus Eritematoso fué el descubrimiento en 1948 de la célula LE (por varios años la prueba diagnóstica más importante), lo que permitió que la enfermedad se diagnosticara con mayor frecuencia. No obstante, este examen se ha reemplazado por el de los Anticuerpos Antinucleares (ANA), que es una prueba de mejor tecnología, menos complicada y de mayor utilidad para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. En los últimos años ha habido avances importantes, principalmente relacionado a los aspectos genéticos y terapéuticos. Se espera que en el futuro nuevos descubrimientos permitan mejorar el conocimiento sobre el lupus y de esta manera incrementar la calidad de vida de los enfermos y muy posiblemente curar la enfermedad. (2)

El lupus eritematoso se clasifica en una forma puramente cutánea, el lupus eritematoso discoide (LED), lupus neonatal (LN), lupus eritematoso cutáneo subagudo (SCLE) y una forma generalizada que es el lupus eritematoso sistémico (LES).

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad de evolución crónica, de base genética y patogenia autoinmune, caracterizada por la presencia de auto-anticuerpos que causan daño tisular a múltiples órganos. Su reconocimiento y tratamiento precoz y adecuado mejora el pronóstico. La prescripción de ciertos medicamentos cardiovasculares y antipsicóticos puede también causar efectos lúpicos. (3)

➤ EPIDEMIOLOGIA.

El 20 al 30% de los LES se inician en la primera o segunda década de la vida (2). La incidencia anual promedio en EE.UU. en 2003 era de 0.6 casos/100,000 niños, con una prevalencia de 5-10/100,000 niños. La prevalencia reportada para la población general en EUA varía entre 14.6 y 50.8 casos por cada 100,000 habitantes, dependiendo de la metodología utilizada y de la composición étnica y grupo de edad estudiado. La proporción hombre/mujer es de 2 a 8. Además el LES se presenta con mayor frecuencia en los grupos étnicos de negros e hispanos (5).

Se ha descrito un patrón bimodal en la mortandad asociada a LEG, con muerte temprana debido a actividad de la enfermedad a nivel renal y en Sistema

Nervioso Central, así como por infecciones. Una muerte tardía es debida principalmente a complicaciones vasculares. (4)

La incidencia del LES es muy variable, según la literatura consultada, se reporta en promedio del 20 al 30% de pacientes pediátricos que inician con datos clínicos antes de los 14 años. (3, 4)

De 6 a 18 casos por 100,000 mujeres de raza blanca y con mayor frecuencia en mujeres de raza negra (20 a 30 por 100,000). La incidencia es mayor en población hispana, negros, indios americanos. (4,6).

La relación hombre/mujer es de 1:4 en edad escolar y de 1:7 en la pubertad, siempre con mayor frecuencia en las mujeres. La edad promedio para realizar el diagnóstico es a los 12.2 años, con una relación de inicio de los síntomas de 1 mes a 3.3 años. (5)

El Lupus Eritematoso Sistémico abarca el 51% de las enfermedades reumáticas en la infancia. En el niño y adolescente son más frecuentes las formas graves de presentación con manifestaciones nefrológicas, neurológicas, respiratorias, cardiovasculares y hematológicas, lo que conlleva la necesidad de tratamientos inmunosupresores agresivos y prolongados con la finalidad de mejorar el pronóstico.

El control clínico y de laboratorio en forma periódica y una buena adherencia al tratamiento son fundamentales para lograr una evolución satisfactoria en una enfermedad con frecuentes complicaciones.

En 1997 el Colegio Americano de Reumatología revisó los criterios para establecer el diagnóstico de LES. En adultos la presencia de 4 de ellos dan una sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del 96%, en los niños se han adaptado estos criterios y se ha encontrado sensibilidad del 96% y especificidad del 100%. (7, 8).

CRITERIOS REVISADOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

- 1) Eritema malar: eritema fijo, plano o elevado sobre las prominencias malares, sin afectación de los pliegues nasolabiales.
- 2) Erupción discoide: placas eritematosas elevadas con descamación queratósica adherente, cicatrización atrófica puede ocurrir en lesiones antiguas.
- 3) Fotosensibilidad: erupción cutánea como resultado de una reacción inusual a los rayos solares, por historia u observación del médico.
- 4) Úlceras orales: ulceración oral o nasofaríngea, usualmente indolora, observada por el médico.
- 5) Artritis: no erosiva, involucrando a 2 articulaciones periféricas o más, caracterizada por dolor, tumefacción o derrame.

- 6) Serositis:
- a) Pleuritis: historia de dolor pleurítico, roce auscultado por el médico o evidencia de derrame pleural.
 - b) Pericarditis: documentada por electrocardiograma, roce o evidencia de derrame pericárdico.
- 7) Alteraciones renales:
- a) Proteinuria de más de 0.5 g/24 h o 3+, persistente.
 - b) Cilindros celulares: glóbulos rojos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.
- 8) Afectación neurológica:
- a) Convulsiones: en ausencia de medicamentos ofensivos o de alteración metabólica.
 - b) Psicosis: en ausencia de medicamentos ofensivos o de alteración metabólica.
- 9) Alteración hematológica:
- a) Anemia hemolítica
 - b) Leucopenia inferior a 4000/ μ l en 2 ó más ocasiones.
 - c) Linfopenia inferior a 1500 / μ l en 2 ó más ocasiones.
 - d) Trombocitopenia inferior a 100,000/ μ l en ausencia de fármacos expeditivos.
- 10) Alteración inmunológica:
- a) Anticuerpo anti DNA elevado.
 - b) Anticuerpo anti Smith positivo.
 - c) Hallazgos positivos de anticuerpos antifosfolípidos basado en:
 - Anticardiolipinas IgG/IgM
 - Anticoagulante lúpico
 - Prueba serológica de sífilis falsa positiva, presente como mínimo durante 6 meses.
- 11) Anticuerpo antinuclear en valores elevados.

Tomada de Hochberg, 1997.

CLASIFICACIÓN DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN LA SEVERIDAD DE SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

I) Leve:

- Fiebre, decaimiento.
- Rash.
- Artritis.
- Derrame pleural o pericárdico leve.

II) Severo:

- Nefropatía.
- Anemia hemolítica.
- Púrpura trombocitopénica.
- Vasculitis aguda.

- Miocarditis.
- Derrame pleural y/o pleural abundante.
- Neumonitis, hemorragia pulmonar.
- Encefalopatía.

En niños las manifestaciones cutáneas constituyen el segundo signo más común encontrado en el LES hasta en el 77% de los casos, después de la afectación renal que se encuentra en un 84%. Los signos y síntomas más tempranos encontrados en un estudio observacional de 57 niños con LES fueron: fiebre, artritis o artralgia y eritema malar, además de úlceras orales (46%), vasculitis (42%), fotosensibilidad (49%), alopecia (32%) y el lupus discoide en un 19% (7, 8)

En la infancia la transición de LED a LES parece ser más común y severa que en los adultos, aunque no se tienen datos precisos. George and Tunnessen encontraron que el 31% de los pacientes pediátricos con LED desarrollan LES en comparación con el 6% de los adultos y tienen el mismo riesgo de desarrollar afectación visceral severa comparado con otros niños con LES. En otra serie no se encontró dicha progresión a 30 meses de seguimiento. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden que la progresión en niños con LED a LES es alta y que este último grupo presentará síntomas a edades tempranas (en promedio a los 11 años). Las manifestaciones neurológicas constituyen luego de la nefritis la segunda causa de morbimortalidad en el LES (16). La mayoría de las series reporta compromiso neurológico en 20-30% de los niños. La determinación de anticuerpos antinucleares no es un método predictivo para saber quien desarrollará la enfermedad, por lo tanto es necesario un seguimiento a largo plazo de todos los pacientes. (16,19)

La afectación del SNC puede producir cefaleas, cambios de personalidad, evento vascular cerebral, epilepsia, psicosis y síndrome cerebral orgánico. Aunque la trombosis o la embolia de la arteria cerebral o pulmonar son raras, se asocian con la presencia de anticuerpos anticardiolipina. Las alteraciones en el SNC pueden ser únicas o múltiples siendo su diagnóstico un poco difícil.

➤ **MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO / NEUROLUPUS (LES NP)).**

El Neurolupus se produce en el 20-45% de niños y adolescentes y constituye la tercera causa de mortalidad en esta población. A diferencia de otras manifestaciones de la enfermedad, existe afectación del sistema nervioso central (SNC) entre el 75 y el 80 % de los pacientes durante el primer año tras el diagnóstico de LES. Las manifestaciones del LES-NP son diversas y varían desde una disfunción global del SNC con parálisis y convulsiones hasta síntomas más leves o focales como cefalea o pérdida de la memoria. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos se asocia a trombosis y accidente cerebrovascular. La presencia de manifestaciones neurológicas constituye un signo de mal pronóstico, pues conlleva una mortalidad de 45% a los cinco años. (23).

Los modelos patológicos más comunes para explicar las alteraciones neuropsiquiátricas de esta enfermedad implican daño micro vascular de vasos cerebrales y anticuerpos que participan en el daño neuronal. La vasculopatía, demostrada en estudios de autopsia se considera responsable directa de las manifestaciones neuropsiquiátricas al aumentar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y permitir el acceso de autoanticuerpos al líquido cefalorraquídeo. No obstante, la causa de los síndromes neuropsiquiátricos es multifactorial y entre los factores se incluyen: microangiopatía, producción de autoanticuerpos y de citocinas proinflamatorias.

Se ha informado que las alteraciones a nivel del SNC ocurren en un 50 a 90%, reflejando este amplio rango variabilidad en los criterios de diagnóstico y selección de pacientes. Anteriormente, se consideraban como criterios diagnósticos la psicosis y las convulsiones, sin embargo es bajo el porcentaje (3%) de pacientes que llegan a debutar con este cuadro clínico. Por lo cual en 1999, el Colegio Americano de Reumatología conformó un comité para determinar la nomenclatura y definiciones de los síndromes neuropsiquiátricos. Dicha nomenclatura proporcionó la estructura para identificar y evaluar 19 síndromes en lupus eritematoso sistémico. Debido a que es relativamente nueva, pocos estudios la validan.

También se incluyó el criterio diagnóstico con especial atención a las condiciones relevantes asociadas, así como los criterios de exclusión. Se proporcionaron recomendaciones específicas (pruebas de laboratorio y gabinete, así como batería neuropsicológica) para evaluar estas condiciones.

➤ SINDROMES NEUROPSIQUIATRICOS EN PACIENTES CON LES.

1) Sistema Nervioso Central.

- Meningitis aséptica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Síndrome desmielinizante.
- Dolor de cabeza (migraña e hipertensión intracraneala benigna)
- Trastorno del movimiento.
- Mielopatía.
- Crisis convulsivas.
- Estado confusional.
- Trastornos de ansiedad.
- Disfunción cognoscitiva.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Psicosis.

2) Sistema Nervioso Periférico.

- Polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria (Síndrome de Guillán Barré).
- Trastornos autonómicos.
- Mononeuropatías.
- Miastenia gravis.
- Neuropatía craneal.

- Plexopatía.
- Polineuropatía.

En términos generales se pueden diferenciar 2 grandes tipos de manifestaciones neuropsiquiátricas en el LES:

1) Manifestaciones difusas como psicosis, depresión grave, síndrome orgánico cerebral, convulsiones, meningitis, etc.

Con posible participación de los autoanticuerpos específicos (Antineuronales, antiproteína P ribosómica) e inmunocomplejos.

2) Accidentes isquémicos cerebrales causados por trombosis secundaria a anticoagulante lúpico por vasculitis o combinación de factores.

El diagnóstico y tratamiento aún son complicados, pues los datos serológicos guardan poca relación con la afección del SNC y no existen estudios controlados que informen la posible eficacia de los tratamientos utilizados. Al parecer los estudios de laboratorio y las concentraciones de autoanticuerpos séricos no reflejan la actividad de la enfermedad neuropsiquiátrica. Se detectan anomalías en 30% de los casos y el electroencefalograma es inespecífico, no hay lesión específica y tampoco hay relación clara entre la TAC y los síntomas neuropsiquiátricos. La resonancia magnética suele mostrar áreas pequeñas de aumento de la señal en la sustancia blanca periventricular o subcortical en pacientes con y sin manifestaciones neuropsiquiátricas. Con SPECT no hay correlación adecuada de síntomas con las áreas de hipoperfusión cerebral detectadas.

El tratamiento del lupus neuropsiquiátrico difiere según el tipo de manifestación, la gravedad y la naturaleza del proceso de base, por ende se requieren pruebas pertinentes para establecer el diagnóstico preciso. Para las manifestaciones neurológicas graves se prefieren los bolos de corticoesteroides. (28,29).

➤ **PRINCIPALES COMPLICACIONES NEUROLOGICAS EN EL LES.**

Síndrome	Mecanismo probable	Otros mecanismos
Depresión. Ansiedad.	Neurolupus (anticuerpos antineuronales)	Secundaria a enfermedad crónica.
Psicosis. Demencia.	Neurolupus (anticuerpos antineuronales)	Encefalopatía hipertensiva/urémica, meningitis por criptococo/TB, psicosis esteroidea, confusión por cloroquina.
Cefalea.	Trombosis venosa cerebral (Síndrome antifosfolípido)	Migraña/tensión, linfoma primario del SN, meningitis por criptococo/TB, encefalopatía hipertensiva.
Epilepsia.	Neurolupus (anticuerpos antineuronales) Microinfartos (vasculopatía, síndrome antifosfolípidos)	Linfoma primario del SN, encefalopatía hipertensiva/urémica, meningitis por criptococo/TB.
Ictus.	Infartos (vasculopatía, síndrome antifosfolípidos), trombosis venosa cerebral (Síndrome antifosfolípidos), cardioembolismo (endocarditis de Libman Sacks).	Hemorragia hipertensiva, infarto lacunar (HTA).
Esclerosis Múltiple.	Esclerosis lupoide (Anticuerpos antimielina, vasculopatía) Devic (Síndrome antifosfolípidos, anticuerpos antimielina).	----
Hipertensión Endocraneana Benigna.	Trombosis venosa cerebral (síndrome antifosfolípido).	----
Neuropatía Periférica.	Polineuropatía (Vasculopatía).	Polineuropatía urémica, Polineuropatía por antimaláricos.
Corea. Parkinson.	Microinfartos de ganglios basales (Síndrome antifosfolípidos).	Secundario a drogas.
Mielopatía.	Infartos medulares (Síndrome antifosfolípidos).	----
Meningitis Aséptica.	Desconocido.	AINES.

Tomado de West SG. 1996.

La depresión es común en los pacientes con LES, su etiología involucra al SNC pero puede ser un síntoma secundario a la alteración psicológica y social del paciente con LES. Con frecuencia los síntomas depresivos se manifiestan como un aparente compromiso global de las funciones intelectuales principalmente de memoria, en la cual existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados y hay un impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento en que se desea, hay además una disminución en la capacidad de atención y concentración con una mala fijación de los hechos de la vida cotidiana. No se ha observado una relación directa entre el grado de depresión y las alteraciones cognoscitivas en estos pacientes, pero si ha habido relación entre los síntomas somáticos y el rendimiento en el aprendizaje. En un estudio realizado por Monastero y cols en una muestra de 75 mujeres con LEG reportaron alteraciones cognoscitivas en las funciones de lenguaje verbal, en la copia y en la evocación de la figura compleja de Rey. Por lo que se propuso que la depresión era un factor predictor de cambios cognoscitivos, sin embargo los resultados en otros estudios son contradictorios y no concluyentes. (18)

Las funciones cognoscitivas que se alteran con mayor porcentaje y persistencia son las de memoria (principalmente de evocación), fluidez verbal y atención. Con menor frecuencia se han reportado alteraciones en las funciones de memoria visoespacial y habilidades psicomotoras. Machaca y cols en un estudio con 21 pacientes que presentaron LES en la infancia reportó alteración cognoscitiva en los pacientes que aún continuaban en tratamiento, comparado con los que estaban en remisión. Encontró diferencias significativas en el área ejecutiva y en las subescalas de retención de dígitos, claves y composición de objetos. (19, 20, 21).

La importancia del diagnóstico y tratamiento en un niño con lupus radica en la afección del sistema familiar, ya que los problemas de él repercutirán en el resto de los integrantes. Aunado al hecho de recibir tratamientos consistentes en sustancias que pueden alterar negativamente su apariencia física, en un momento de la vida en que su imagen tiene un significado importante, la autoexclusión de ciertas actividades al aire libre, hacen que el menor se perciba distinto a sus pares y genere alteraciones en la autoestima; todo esto puede conducir a que no se cumplan las pautas de seguimiento y tratamiento; lo que traerá complicaciones y consecuencias graves.

El adolescente que recibe corticoides debe convivir con alteraciones del crecimiento físico y psicológico, alteraciones en la maduración sexual, pobre autoimagen, en algunos casos talla baja, dependencia a la familia o cuidadores, miedo acerca del futuro, problemas de socialización e inserción a la vida escolar y laboral. Además de cambios emocionales propios de su etapa de desarrollo que pueden generar también frecuentes recaídas.

JUSTIFICACIÓN.

En la población pediátrica la frecuencia de lupus eritematoso sistémico es de 15 a 20% del total de casos diagnosticados, de éstos las formas más graves son causantes de las manifestaciones neuropsiquiátricas, cuya mortalidad es elevada aún cuando se logre dar el manejo especializado en fases tempranas.

Debido a que existe información escasa en lo referente a la frecuencia de las distintas manifestaciones psicopatológicas en la edad pediátrica con afección inmunológica, se plantea la realización de este estudio para conocer a través de categorías diagnósticas ampliamente estudiadas en el ámbito psiquiátrico la frecuencia real de un sector de la población que asiste a consulta externa.

A través de la descripción de la población estudiada en este trabajo podremos tener una cifra aproximada que servirá de base para la identificación de psicopatología pediátrica en el resto de niños afectados con enfermedades inmunológicas, además de servir como antecedente para la elaboración de un estudio de cohorte en un futuro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presencia de psicopatología en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico es poco conocida y estudiada. Al ser una enfermedad crónica con periodos de remisión y exacerbación y tomando en cuenta la fisiopatología que afecta a nivel de Sistema Nervioso Central, se pueden presentar alteraciones a nivel conductual y cognitivo, que tendrían mayor repercusión cuando se combinan con los síntomas psiquiátricos.

En la literatura se reportan algunas investigaciones en adultos (Carbotte, 1986; Denburg, 1987; Fisk, 1993; Hanly, 1997; Kozora, 1998; Menon, 1999), sin embargo en pacientes pediátricos existen pocos reportes, por lo que el propósito de este estudio es identificar el espectro de síntomas psiquiátricos que pueden coexistir en este tipo de pacientes y que podrían integrar un diagnóstico psiquiátrico con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado (DSM-IV TR).

La identificación oportuna y el seguimiento posterior de estos trastornos permitirá establecer un diagnóstico certero y por tanto una intervención oportuna y eficaz a nivel terapéutico.

Con base en estos datos se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1. ¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos predominantes en la población infantil mexicana que cursa con Lupus Eritematoso Sistémico?

OBJETIVOS.

➤ Objetivo General.

1. Describir la presencia y frecuencia de los diagnósticos psiquiátricos en comorbilidad, en pacientes pediátricos con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que acuden a la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

➤ Objetivos Específicos.

1. Describir la presencia de la psicopatología comórbida, en los pacientes con diagnóstico de LES que acuden a la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", utilizando el instrumento MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES VERSION EN ESPAÑOL (M.I.N.I. KID).
2. Describir y comparar por frecuencias la psicopatología diagnosticada en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que acuden a la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

HIPÓTESIS.

"La presencia de trastornos depresivos y psicóticos son las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes en los pacientes que padecen Lupus Eritematoso Sistémico"

METODOLOGÍA.

a) Diseño del estudio.

Es un estudio descriptivo, transversal.

b) Universo de trabajo.

- Grupo de pacientes: Los pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico que acudan a la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el cuarto trimestre del 2007.

c) Tamaño de la muestra.

El número de casos obtenidos, por medio de muestreo por cuota de tiempo, en la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" durante el cuarto trimestre del 2007.

d) Criterios de inclusión para el grupo de pacientes.

- Niños y niñas mayores de 6 años y menores de 18 años.
- Que tengan diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, según los criterios de la Academia Americana de Reumatología (ARA) de 1997.
- Que se encuentren bajo control médico en la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
- Padre o tutor responsable que acompañe al paciente al servicio de consulta externa y que pueda contestar a la entrevista.
- Que acepten dar su consentimiento informado para la realización y participación en el estudio, tanto el paciente como su padre o tutor responsable.

e) Criterios de exclusión.

- Niños y niñas menores de 6 años y mayores de 18 años que tengan diagnóstico de lupus incompleto o de alguna otra enfermedad mixta del tejido conectivo.
- Padres y pacientes que no concluyan la entrevista o no acepten dar su consentimiento.

f) Variables.

f.1) Variable independiente:

- **Lupus Eritematoso Sistémico:** Es una enfermedad de evolución crónica, de base genética y patogenia autoinmune, caracterizada por la presencia de auto anticuerpos que causan daño tisular a múltiples órganos. En 1997 el Colegio Americano de Reumatología revisó los criterios para establecer el diagnóstico de LES. En adultos la presencia de 4 de ellos da una sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del 96%, en los niños se han adaptado estos criterios y se ha encontrado una sensibilidad del 96% y especificidad del 100%

f.2) Variable dependiente:

- **Trastorno(s) psiquiátrico(s) detectado(s) con base en el MINI KID:**

El MINI está dividido en módulos, identificados por letras (de la A a la V), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Las 24 categorías conocidas son:

- A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Actual (2 semanas).
- B. RIESGO DE SUICIDIO Actual (último mes)
- C. TRASTORNO DISTÍMICO Actual (últimos 2 años)
- D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO Actual.
- E. TRASTORNO DE ANGUSTIA Actual (último mes)
- F. AGORAFOBIA Actual
- G. TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN Actual (último mes)
- H. FOBIA SOCIAL Actual (último mes)
- I. FOBIA ESPECÍFICA Actual (último mes)
- J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Actual (último mes)
- K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Actual (último mes)
- L. ABUSO DE ALCOHOL Últimos 12 meses
- L. DEPENDENCIA DE ALCOHOL Últimos 12 meses
- M. ABUSO DE DROGAS (no alcohol) Últimos 12 meses
- M. DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol) Últimos 12 meses
- N. TRASTORNO DE TIC's Actual
- O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD Últimos 6 meses
- P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA Últimos 12 meses
- Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Últimos 6 meses
- R. TRASTORNOS PSICÓTICOS De por Vida
- S. ANOREXIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)
- T. BULIMIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)
- U. TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA Actual (últimos 6 meses)
- V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

g) Procedimiento.

- 1) Los pacientes fueron captados en el servicio de consulta externa de Reumatología, en la Clínica de Enfermedades por Daño Inmunológico (CEDI) del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
- 2) Se explicó a ambos (paciente y responsable) la finalidad del estudio y se solicitó su consentimiento informado.
- 3) Posteriormente se procedió al llenado de la hoja de datos sociodemográficos.
- 4) A continuación se aplicó la entrevista MINI KID.
- 5) Al tener la muestra completa se realizó la calificación de escalas, análisis e interpretación de resultados.
- 6) Posteriormente se redactó el escrito final.

h) Instrumentos.

1. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. KID) para niños y adolescentes. Versión en español.

El MINI KID, está dividido en módulos, identificados por letras (de la A a la V), cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Las 24 categorías conocidas son:

- A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Actual (2 semanas).
- B. RIESGO DE SUICIDIO Actual (último mes)
- C. TRASTORNO DISTÍMICO Actual (últimos 2 años)
- D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO Actual.
- E. TRASTORNO DE ANGUSTIA Actual (último mes)
- F. AGORAFOBIA Actual
- G. TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN Actual (último mes)
- H. FOBIA SOCIAL Actual (último mes)
- I. FOBIA ESPECÍFICA Actual (último mes)
- J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Actual (último mes)
- K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Actual (último mes)
- L. ABUSO DE ALCOHOL Últimos 12 meses
- L. DEPENDENCIA DE ALCOHOL Últimos 12 meses
- M. ABUSO DE DROGAS (no alcohol) Últimos 12 meses
- M. DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol) Últimos 12 meses
- N. TRASTORNOS DE TIC's Actual
- O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD Últimos 6 meses
- P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA Últimos 12 meses
- Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Últimos 6 meses
- R. TRASTORNOS PSICÓTICOS De por Vida
- S. ANOREXIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)
- T. BULIMIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)
- U. TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA Actual (últimos 6 meses)

V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

i) Análisis estadístico.

El análisis se realizó con pruebas de resumen (porcentajes, medias, desviación estándar y rangos). Como pruebas para comprobación de hipótesis se utilizó χ^2 .

RESULTADOS.

En el archivo del Hospital Infantil de México " Federico Gómez " se reporta la existencia de 186 pacientes con el diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico en el periodo comprendido de 2000 a 2005, sin embargo en este caso nosotros realizamos un muestreo por cuota de tiempo, con lo que obtuvimos 15 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

De estos 15 pacientes, 12 eran del sexo femenino lo cual representa el 80% y 3 pacientes de sexo masculino que representan el restante 20%

El rango de edad encontrado fue de 6 hasta 17 años y la edad promedio de la muestra estudiada fue de 10.73 años.

Con respecto al lugar de residencia 46.6% radicaba en el Distrito Federal, 40% en el Estado de México y 13.3% acudían del interior de la República Mexicana.

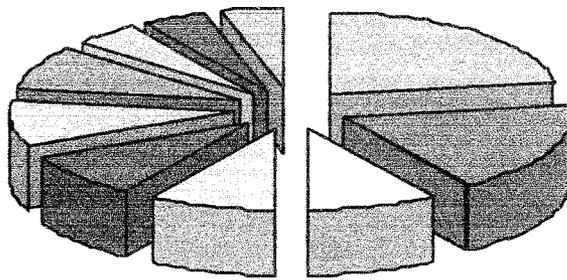
La religión predominante fue la católica (86.6%).

La comorbilidad psiquiátrica se presentó en el 80% de los pacientes, las categorías diagnósticas reportadas a través del MINI KID en orden de frecuencia fueron: episodio depresivo mayor actual 33.3% , trastorno adaptativo 26.6%; agorafobia (actual), trastorno de angustia (actual), trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante con 13.3% cada uno. Finalmente con 6.6% (un solo caso) se reportó el trastorno distímico, trastorno de ansiedad de separación y trastorno de ansiedad generalizada.

De las 4 categorías para el diagnóstico retrospectivo, solamente encontramos un caso con trastorno de angustia, lo que representa el 6.6%.

Es de importancia resaltar que el MINI KID aunque no reporta como categoría diagnóstica la conducta autolesivas, si la explora en retrospectiva. En la muestra estudiada encontramos 3 pacientes con riesgo de suicidio en el pasado.

Comorbilidad psiquiátrica



- Episodio depresivo mayor actual
- Trastorno adaptativo
- Agorafobia
- Trastorno de angustia
- TDAH
- Trastorno de conducta
- Trastorno negativista y desafiante
- Trastorno distimico
- Trastorno de Ansiedad de Separación
- Trastorno de Ansiedad Generalizada

DISCUSION.

De la población mexicana estudiada podemos observar que la relación hombre-mujer es semejante a lo descrito en la literatura, únicamente recibimos una paciente de 6 años, pero el promedio de edad también se corresponde con los casos diagnosticados en otras instituciones o países.

La categoría psiquiátrica diagnóstica de mayor frecuencia fue el episodio depresivo mayor, lo que también está descrito en la literatura, sin embargo no encontramos ningún trastorno psicótico actual o que cumpliera criterios diagnósticos para el pasado.

Los casos reportados de trastornos adaptativos tuvieron sintomatología mixta ansiosa depresiva, a través de la entrevista fue posible identificar 5 casos de duelos no resueltos, que tampoco se incluyen en el listado de categorías diagnósticas, pero es relevante subrayar la importancia que tienen para nuestra población, pues constituyen una influencia negativa sobre la vida diaria del paciente al momento de la evaluación y en el curso de su evolución.

Estos resultados, sustentan la importancia de una intervención temprana (ya sea preventiva o curativa) en la población pediátrica que es portadora de patologías crónicas.

En muchas ocasiones los adultos creemos que el niño no entiende ni se cuestiona la pérdida de la salud, pero frecuentemente nuestro paciente pediátrico (dependiendo de la edad y etapa del desarrollo en que se encuentre) no logra entender y mucho menos manejar o resolver de manera eficaz la gama tan amplia de conductas y emociones que experimenta en su nuevo estilo de vida. Si asociamos a este factor la interacción constante que tiene el individuo dentro de su ambiente familiar y lo extendemos a ambientes más complejos, podríamos formar un abanico de ideas, dudas o conflictos intrapsíquicos que diariamente rodean a nuestro paciente y a nosotros mismos.

Algunas limitaciones del estudio son el periodo corto de tiempo para la captura de pacientes y por tanto la muestra obtenida, además de la imposibilidad para identificar relaciones causales entre los factores estudiados. Sin embargo, sí logramos comprobar y describir la psicopatología frecuente en nuestros pacientes con lupus eritematoso sistémico. La aplicación del MINI KID resultó sencilla y muy útil, pues abarca 24 categorías diagnósticas conocidas y estudiadas en la población infantil.

Para estudios futuros, sería útil agregar instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar al momento de conocerse el diagnóstico y en la fase de mantenimiento del tratamiento.

CONCLUSIONES.

- 1) La identificación de psicopatología comórbida en los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, como el lupus eritematoso sistémico debe considerarse un eje fundamental del seguimiento para estos pacientes, debido a que una de las afecciones principales y de mayor mortalidad es a nivel de Sistema Nervioso Central.
- 2) La detección de síntomas psiquiátricos de tipo afectivo no debe sobrediagnosticarse ante la idea de que enfermedad es igual a tristeza o depresión.
- 3) Podría considerarse como parte del protocolo de estudio, una evaluación basal con entrevistas como el MINI KID para los niños recién diagnosticados con enfermedad inmunológica, además podría agregarse un diagnóstico familiar.
- 4) Dependiendo del nivel de desarrollo mental y capacidad intelectual del individuo al momento del diagnóstico de una enfermedad crónica podríamos establecer cierto patrón de comportamiento, lo cual sería de utilidad para comprender las fallas en el apego terapéutico, seguimiento ambulatorio por consulta externa y prevención de complicaciones tempranas.
- 5) Es necesario capacitar al personal de salud en la atención del paciente con patología psiquiátrica que desarrolla síntomas psicóticos y/o que puede cursar con conducta autolesiva.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Estes D, Christian. The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine* 50: 85-88, 1971.
2. Tucker LB, Menon. Adult and clinical childhood onset systemic lupus erythematosus: a comparison of onset, clinical features, serology and outcome. *Br J. Rheumatol* 34: 886-872, 1995.
3. Walravers, Philip A. The prognosis of childhood systemic lupus erythematosus. *Am. J. Dis. Child* 130: 145-150, 1976.
4. D. Stichweh and V. Pascual. Systemic lupus erythematosus in children- *An Pediatr* 63: 319-327, 2005.
5. Garcia Ma; Marcus JC. Male systemic lupus erythematosus in Latin America. *Lupus*: 938-946, 2005.
6. Benseler Susanne M. Systemic lupus erythematosus. *Pediatr Clin North Am.* 52: 443-467, 2005.
7. ACR Ad. Hoc Comite on Neuropsychiatric Lupus Nomenclatura. The American College of Rheumatology nomenclature and care definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum.* 42: 599-608, 1999.
8. Carbotte RM; Denbur SD; Denbur JA; Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus is independent of active disease. *J. Rheumatol* 22: 863-867, 1995.
9. Denburg SD; Carbotte, RM; Denburg JA. Psychological aspects of systemic lupus erythematosus: cognitive function, mood and self report. *J. Rheumatol.* 24: 998-1003, 1997.
10. Ellis SG; Verity, MA. Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus: a review of neuropathologic findings in 57 cases 1955-1977. *Semin Arthritis Rheum.* 8:212-221, 1979.
11. Hanly JG; Walsh, NM; Sangalang V. Brain pathology in systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 19: 732-741, 1992.
12. Johnson RT; Richardson EP. The neurologic manifestations of systemic lupus erythematosus: a clinical pathological study of 24 cases and review of the literature. *Medicine.* 47:337-369, 1968.
13. Kassan SS; Lockshin MD. Central nervous system lupus erythematosus: the need for classification. *Arthritis Rheum.* 22:1382-1385, 1979.
14. Papero PH. Bluestein HG, White P. Lipnick RN. Neuropsychologic deficits and antineuronal antibodies in pediatric systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol.* 8: 417-424, 1990.
15. Sibbit WL; Brandt, JR; Johnson, CR; Maldonado ME; Patel SR. The incidence and prevalence of neuropsychiatric syndromes in pediatric onset systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 19: 47-52, 1992.

16. Singer J, Denburg JA and the Ad Hoc Neuropsychiatric Lupus Workshop Group. Diagnostic criteria for neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: The results of a consensus meeting. *J. Rheumatol.* 17: 1397-1402, 1990.
17. Tan EM; Cohen AS; Fries JF. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 25: 1271-1277, 1982.
18. Kozora, Elizabeth. Ellison, Misoo. Depression, fatigue, and pain in systemic lupus erythematosus: relation to the American College of Rheumatology SLE Neuropsychological battery. *Arthritis & Rheuma.* 55: 628-635, 2006.
19. Cervera Silva, HP. Detección de los trastornos psiquiátricos y cognitivos en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico de la Clínica de enfermedades por daño inmunológico del Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez. 2001.
20. Montes J.; Valencia Flores, M; Campos RM. Alteraciones cognoscitivas en pacientes con lupus eritematoso generalizado. *Rev Mex Neuroci.* 5: 141-145, 2004.
21. Machaca A. G. Molina V. Diana; Berron P. R. Estudio comparativo de las alteraciones cognoscitivas entre adultos con lupus eritematoso sistémico de inicio en la niñez y un grupo de sujetos sanos. *Acta Pediátrica de México.* 19: 148-151, 1998.
22. Beckwitt Turkel, Susan; Millar JH; Reiff Andreas. Case series: neuropsychiatric symptoms with pediatric systemic lupus erythematosus. *J. Acad Child Adolesc Psychiatry.* 40(4): 482-486. 2001.
23. West SG. Lupus and the nervous system. *Curr Opin Rheumatol.* 8: 408-41, 1996.
24. Arvizu Ramírez, F. Tesis para obtener especialización en Pediatría Médica. 2007.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J. Clin Psychiatry.* 59 (suppl 20): 22-33, 1998.
26. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara I, Keskiner A, Schinka J. Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *Europ Psychiatry* 12: 232-241, 1997.
27. Iverson, Grant L. The Need for Psychological Services for Persons with Systemic Lupus Erythematosus. *Rehabilitation Psychology.* 40:39-49, 1995.

28. Ghosh, B.; Langosch, J.; Rand, S.; Sharma, S.; Tench, C. A clinical electrophysiological study of emotional lability in patients with systemic lupus erythematosus. *J. Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 78: 782-783, 2007.
29. Warrington, Thomas P. Bostwick, J.M. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proceed*. 81:1361-1367, 2006.
30. Omdal, R. Brokstad, K.C.; Waterloo, K.D. Neuropsychiatric disturbances in SLE are associated with antibodies against NMDA receptors. *European J. Neurol*. 12:392-398, 2005.
31. Adams, Christina D.; Streisand, Randi M.; Zawacki, Tricia. Living With a Chronic Illness: A Measure of Social Functioning for Children and Adolescents. *J. Pediatric Psychology*. 27: 593-605, 2002.
32. Phipps, Sean. Steele, Ric. Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic medic*. 64: 34-42, 2002.
33. Purandare, K.N.; Wagle, A.C. Parker, SR. Psychiatric morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. 92: 283-286, 1999.
34. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 40: 1725, 1997.
35. Petri M. Review of classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am*. 31: 245-54, 2005.