

11227

38
29



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Centro Médico Nacional
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"
Hospital de Especialidades

**INCIDENCIA DE
TROMBOEMBOLIA PULMONAR
EN PACIENTES LUPICOS**

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener la Especialidad en:
MEDICINA INTERNA

Presenta:

Dr. Eligio Higuera Encinas



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Puebla, Pue.

1991.



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 está 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.

INDICE

PRESENTACION

AGRADECIMIENTOS

ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
JUSTIFICACION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
PROGRAMA DE TRABAJO	5
RESULTADOS	8
DISCUSION	9
ANEXO UNO	11
BIBLIOGRAFIA	14

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida que puede afectar diferentes órganos.(1) Aunque hay formas leves de LES, algunos pacientes a la larga fallecen como consecuencia de las lesiones vasculares que afectan a diversos órganos como riñones, sistema nervioso central u otros órganos vitales; algunos mueren por infecciones secundarias. Las anomalías básicas del LES comprenden la producción de anticuerpos en complejos inmunitarios patógenos, junto con la incapacidad de suprimir su producción y acción.(2)

Dentro del marco de alteraciones hematológicas han recibido mayor atención tres entidades clínicas; coagulación venosa o arterial, hemorragia al asociarse a trombocitopenia o hipoprotrombinemia, o no ser más que una alteración benigna de laboratorio. Esto, está en relación a la presencia de un anticoagulante lúpico, que al unirse a fosfolípidos en el complejo activador de protrombina dá lugar a las mismas.(3,4,5)

Existen reportes previos y bien documentados sobre eventos vasculares oclusivos, isquémicos e incluso hemorrágicos dentro de

(2)

la evolución de esta patología (6), así como síndromes pleuropulmonares bien definidos asociados al mismo que incluyen hemorragia y tromboembolia pulmonar.(7)

La Trombo Embolia Pulmonar (TEP), es el transtorno pulmonar agudo más común en pacientes hospitalizados (8), y aunque la estimación actual es poco precisa, se asume razonablemente que aproximadamente 5 millones de pacientes al año sufren un episodio de trombosis venosa, 10% de ellos tienen un evento pulmonar embólico y de estos últimos 10% fallecen.(9)

El diagnóstico de TEP puede ser difícil de establecer y otorgar como consecuencia un manejo tardío o bien conducirnos hacia el uso de anticoagulantes en forma riesgosa e innecesaria.(10)

JUSTIFICACION

Objetivo: Detectar la incidencia de TEP en pacientes portadores de LES, adscritos al servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades de Puebla, del Centro Médico Nacional "Gral. Manuel Avila Camacho".

II : En ausencia de trabajos previos en nuestra unidad sobre el tema y la importancia del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se entrevistan periódicamente los pacientes con LES, mencionan sintomatología que orienta hacia actividad del problema de acuerdo al órgano blanco. A su vez, cuando esta es de predominio respiratorio y sugestiva de algún proceso pleuropulmonar, es necesario recurrir a procedimientos clínicos, de laboratorio y gabinete que nos ayuden a dilucidar la magnitud del problema. De tal manera que me apoyé en el Gamagrama Pulmonar Perfusorio para valorar de manera más profunda la repercusión pulmonar de esta patología así como su posible asociación con TEP, sin incurrir en un procedimiento invasivo.

OBJETIVOS

I : GENERAL; Conocer la incidencia de trombosis y LES.

II :ESPECIFICO:

- a) Conocer la incidencia de TEP y LES en la unidad.
- b) Revisar el acervo existente sobre el tema en los últimos 10 años en la biblioteca de la unidad.

PROGRAMA DE TRABAJO

Se acudirá al archivo de expedientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, "Gral. Manuel Avila Camacho", para revisar todos los casos de Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes adscritos a la consulta externa del servicio de Reumatología, y que hallan acudido con regularidad del 01 de marzo de 1990 al 31 de enero de 1991. Se considera: sexo, edad y tiempo de evolución. Los criterios para LES y TEP se consideran más adelante.

Para la interpretación del gamagrama pulmonar perfusorio se acudió al Departamento de Medicina Nuclear considerando siempre la opinión del especialista en el área, siendo este siempre el mismo. El manejo estadístico se llevó a cabo mediante medidas de tendencia central así como los resultados se expresan básicamente en porcentajes.

CRITERIOS DE INCLUSION

I : Más de cuatro criterios para LES según la American Rheumatism Association (clasificación revisada en 1982). ANEXO UNO.

II : Datos clínicos y signos sugestivos de TEP: (11.modificados)

a) Clínicos: Dolor pleurítico, disnea de medianos esfuerzos, disnea durante el reposo.

b) Signos: Frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto, utilización de músculos accesorios de la respiración, pulso venoso yugular aumentado.

III : Medicina Nuclear: Gamagrama Pulmonar perfusorio con mínimo de un lóbulo y/o segmento afectado.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

I : Sin los criterios para LES y TEP mencionados.

II : Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, insuficiencia cardíaca congestiva global, disección aórtica, infarto agudo del miocardio, cirugía mayor o inmovilidad prolongada. Fracturas de pelvis y de miembros inferiores reciente, edad avanzada (mayor de 60 años), quemaduras extensas, ingesta de anticonceptivos, enfermedad terminal o coma. Embarazo o post parto menor de un año. Trombosis venosa de miembros inferiores clínicamente identificable, neoplasias.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- I: Que no se encuentre el expediente.
- II: Por muerte previa a la selección.
- III: Por no acudir a la consulta externa de Reumatología durante el tiempo seleccionado para el estudio.
- IV: Por ignorarse evolución o estado actual del paciente.
- V: Por cambio de domicilio fuera de la adscripción asignada a esta unidad.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio un total de 63 pacientes que cumplieron con los criterios para LES. El sexo dominante fue 100% femenino. La edad fluctuó de 15 a 61 años con una media de 38 años. El tiempo de evolución fue de 2 a 29 años con un promedio de 15.5 años. 14 pacientes reunían dos o más criterios para TEP (22.2%) y se solicitaron 29 gamagramas pulmonares perfusorios. Los cambios encontrados se reportan como sigue:

NORMAL-----	14 (48.2%)
PERFUSION IRREGULAR-----	12 (41.3%)
PLEURITIS-----	1 (3.4%)
HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR-----	1 (3.4%)
HIPERTROFIA DE VENTRICULO IZQUIERDO-----	1 (3.4%)
TROMBOEMBOLIA PULMONAR-----	0 (0.0%)
TOTAL -----	29

Fuente: Dpto. de Medicina Nuclear del HEP.
Dr. Francisco Uribe Rosas.

DISCUSION

Los objetivos del estudio fueron parcialmente logrados. En si, logramos captar a toda nuestra población portadora de LES, la cual en su mayor parte han acudido en forma regular a esta unidad encontrandose solo un caso del que se ignora la evolucion desde hace 6 meses.

Por otro lado, de los pacientes con datos de TEP sometidos a gamagrama, ninguno fué concluyente para tromboembolia. Sin embargo dentro de las alteraciones encontradas, aunque en bajo porcentaje, son similares a las reportadas por otros autores (Harrison, Rodnan).

Ahora bien, los cambios difusos encontrados son compatibles con vasculitis, la cual juega un papel determinante en el proceso trombótico. En nuestros pacientes cabría mencionar que ninguno de ellos tenía datos de infección pulmonar, por lo que pudieran haber sido pues, trastornos secundarios a vasculitis. Ocasionalmente se ha mencionado también hipertensión arterial pulmonar y aunque poco común también contamos con un caso correspondiente al mismo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Existe evidencia cada vez más fuerte de la presencia de un "anticoagulante lupico", que dá lugar mas bien a alteraciones hematológicas del tipo hemorragia, aunque tambien ha sido evidente su participación en las afecciones pleuropulmonares propias del LES.

No nos hemos topado con casos de dificultad respiratoria severa ni de hemorragia pulmonar.

También encontramos un caso de pleuritis, sin evidencia de derrame pleural en un paciente con datos francos de actividad.

En resumen se confirma que la afección de los pequeños vasos en esta patología pudiera ser la responsable de alteraciones en la perfusion irregular del radiofármaco la cual solo se vió afectada, en uno de los anormales, por la presencia de hipertrófia de ventrículo izquierdo.

Restaría, en un plan ambicioso, contar con la técnica para determinar la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, gamagrama pulmonar ventilatorio para hacer un estudio comparativo y finalmente, tener siempre en mente que no solo piel y riñon son los órganos más comunmente afectados por el LES.

ANEXO UNO

CRITERIOS REVISADOS PARA LA CLASIFICACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. (REVISADOS EN 1982)

1. Exantema malar: Eritema fijo, plano o elevado, sobre eminencia malar con tendencia a abarcar los pliegues nasolabiales.
2. Exantema discoide: Manchas eritematosas elevadas con escamas queratoicas adherentes o tapones foliculares; a veces retracción atrófica en las lesiones antiguas.
3. Fotosensibilidad: Exantema cutáneo como resultado de reacción anormal a la luz solar, según historia clínica o examen físico.
4. Ulceras bucales; Ulceración bucal o nasofaríngea, habitualmente dolorosa, observadas en el examen físico.
5. Artritis: Artritis no erosivas en dos o mas articulaciones periféricas, caracterizadas por hipersensibilidad al tacto, hinchazón o derrame articular.
6. Serositis;
 - a) Pleuritis, historia convincente de dolor pleurítico o frote pleural auscultado por el médico o evidencia de derrame pleural.

b) Pericarditis documentada con ECG, frote pericárdico o evidencia de derrame pericardico.

7. Transtornos renales;

a) Proteinuria persistente mayor de 0.5 gms por día o mayor de 3+ si no se cuantifica.

b) Cilindros celulares de eritrocitos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.

8. Transtornos neurales;

a) Convulsiones en ausencia de toxicidad medicamentosa y disturbios metabólicos conocidos; por ejemplo uremia, cetoacidosis y desequilibrio hidroelectrolítico.

9. Trastornos hemáticos;

a) Anemia hemolítica con reticulocitosis.

b) Leucopenia, menos de 4,000/mm³ en dos o más ocasiones.

c) Linfopenia, menos de 1,500/mm³ en dos omás ocasiones.

d) Trombocitopenia, menos de 100,000/mm³ en ausencia de citotoxicidad medicamentosa.

10. Trastornos inmunitarios;

a) Células LE positivas.

b) Anticuerpos anti-DNA: para el DNA nativo en titulaciones anormales.

c) Anticuerpos anti-Sm: para al antígeno nuclear Sm.

d) Fruebas séricas falso positivas para sífilis durante por lo

menos seis meses consecutivos, confirmadas por la prueba de inmovilización del *Treponema pallidum* o por la prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes para *treponema*.

11. Anticuerpos antinucleares: Título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o por prueba equivalente, en cualquier momento y en ausencia de medicación implicada en el síndrome de lupus inducido por medicamentos.

* La clasificación de basa en 11 criterios. Para diagnosticar en un paciente lupus eritematoso sistémico, se requiere que reuna cuatro o más de estos 11 criterios, en serie o simultáneamente, durante cualquiera de los períodos de observación.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodnan G.P. Primer on the rheumatic diseases. 8va ed. Atlanta GA: The Arthritis Foundation, 1983:53-64.
2. Hahn BH. Lupus eritematoso sistémico. En Braunwald E, Isselbacher KJ, Peterdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, eds. Harrison: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. México D.F.: Nueva editorial interamericana, S.A de C.V. 1989:1731-1738
3. Alving BM.: Correlation between lupus anticoagulant and anticardiolipin antibodies in patients with prolonged activated partial thromboplastin times. Am J Med. 1990;88:112-116
4. Alarcón-Segovia D, Sánchez-Guerrero J: Primary Antiphospholipid Syndrome. J Rheumatol 1989;16:482-488
5. Asherson RA A "Primary" Antiphospholipid Syndrome?. J Rheumatol 1988;15:1742-1746
6. Fitzpatrick EP.: The lupus anticoagulant and retinal vaso-occlusive disease. Ann Ophtalmol. 1990;31:343-345

7. Pines A.;Kaplinsky N. Olchovsky D. Rozenman J. Frankl O.:Pleuro-pulmonary manifestation of systemic lupus erithematosus: Clinical features of its subgroups.Chest.1985;88:829-852
8. Moser KM.: Pulmonary embolism.Am Rev Respir Dis. 1975;115:829-852
9. Moser KM.: Venous thromboembolism.Am Rev Respir Dis. 1990;141:235-249
10. West JW.: Embolia pulmonar. Clin Med NorthAm. 1986;4:927-944
11. Hull RD, Raskob GE,Coates G. Punju AA.: Clinical validity of a normal perfusion lung scan in patients with suspected pulmonary embolism. Chest. 1990;97:23-26