



Lupus eritematoso sistémico y tiroiditis de Hashimoto en paciente femenina. Presentación de caso


Systemic lupus erythematosus and Hashimoto's thyroiditis in a female patient. Case presentation


Diana Esperanza Monet Alvarez¹ , Angel Miguel Aguiar Gonzalez² , Julia Tamara Álvarez Cortes³ , Virgen Yaneisi Gross Ochoa¹ .


Citación:
Monet Álvarez DE,
Aguiar González AM,
Álvarez Cortes JT,
Gross Ochoa VY.
Lupus eritematoso
sistémico y tiroiditis de
Hashimoto en paciente
femenina. Presentación
de caso. Revodosdic
[Internet].
2022 [citado: fecha
de acceso];5(1): e234
[aprox. 9 p.].



Correspondencia a:
Diana Esperanza
Monet Álvarez,
esperanza71199@icloud.

Editora correctora:
Ismael Zamora León 
Universidad de Ciencias
Médicas de Granma.

Revisado por:
Carlos Enrique 
Medina Campaña
Universidad de Ciencias
Médicas de Holguín.

Luis Alcides 
Vázquez González
Universidad de Ciencias
Médicas de Las Tunas.

Palabras clave:
Enfermedades
Autoinmunes;
Autoinmunidad;
Lupus Eritematoso
Sistémico;
Tiroiditis de Hashimoto;
Tiroiditis Autoinmune.

Keywords:
Autoimmune
Diseases;
Autoimmunity;
Lupus Erythematosus,
Systemic;
Thyroiditis, Hashimoto;
Thyroiditis, Autoimmune.

Recepción: 2021/07/06
Aceptación: 2022/02/02
Publicación: 2022/02/25

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina No. 1, Santiago de Cuba, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad de Medicina No. 2, Policlínico docente Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades autoinmunes son afecciones crónicas, poco frecuentes, basadas en depósito de inmunocomplejos, que ocasionan un proceso inflamatorio progresivo. La asociación entre dos o más de estas enfermedades constituyen casos raros. La tiroiditis de Hashimoto, es una enfermedad endocrina de origen autoinmune que, en ocasiones puede coexistir con enfermedades autoinmunes reumáticas, entre ellas la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico. **Presentación del caso:** se presenta el caso de una paciente femenina con antecedentes de asma bronquial desde el nacimiento y tiroiditis de Hashimoto (TSH: 100 UI/ml y A- TPO: 478,8UI/ml) desde enero del 2019, quien cursa con amenorrea y al mes del tratamiento con levotiroxina (125 mg diarios) se le diagnostica prolapsos mitral sin repercusiones orgánicas hasta el momento. Presenta afecciones articulares (dolor, calcificaciones, hipertrofia, derrame del líquido sinovial), renales (hematuria, proteinuria y cilindros leucocitarios), eritema malar e hipertensión arterial a causa del daño renal. Es diagnosticada con lupus eritematoso sistémico y se decide tratamiento con prednisona 10 mg diarios (2 tableta de 5mg) y cloroquina 1 tableta diaria. **Conclusiones:** este caso es interesante ya que demuestra la necesidad de conocimiento de las enfermedades autoinmunes, su sintomatología y adecuado tratamiento, para no confundir la enfermedad con otras entidades nosológicas y poder realizar un adecuado diagnóstico y en una etapa temprana, ya que los procesos autoinmunes pueden cursar con un cuadro severo si no son diagnosticados y tratados oportunamente, por lo que el método clínico, basado en un adecuado interrogatorio y un examen físico exhaustivo cobran vital importancia.

ABSTRACT

Introduction: autoimmune diseases are chronic, rare conditions based on immunocomplex deposition, which cause a progressive inflammatory process. The association between two or more of these diseases constitutes rare cases. Hashimoto's thyroiditis is an endocrine disease of autoimmune origin that can sometimes coexist with rheumatic autoimmune diseases, including rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. **Case Presentation:** we present the case of a female patient with a history of bronchial asthma since birth and Hashimoto's thyroiditis (TSH: 100 IU/ml and A-TPO: 478.8 IU/ml) since January 2019, who presents with amenorrhea and one month after treatment with levothyroxine (125 mg daily) is diagnosed with mitral prolapse without organic repercussions so far. She presents joint disorders (pain, calcifications, hypertrophy, synovial fluid effusion), renal disorders (hematuria, proteinuria and leukocyte casts), malar erythema and arterial hypertension due to renal damage. She was diagnosed with systemic lupus erythematosus and treatment with prednisone 10 mg daily (2 tablets of 5mg) and chloroquine 1 tablet daily was decided. **Conclusions:** this case is interesting because it demonstrates the need for knowledge of autoimmune diseases, their symptomatology and adequate treatment, in order not to confuse the disease with other nosological entities and to be able to make an adequate diagnosis at an early stage, since autoimmune processes can cause severe symptoms if they are not diagnosed and treated in a timely manner, so the clinical method, based on an adequate interrogation and an exhaustive physical examination, is of vital importance.



INTRODUCCIÓN

Existen más de 80 tipos de enfermedades autoinmunes (EA); al presentar síntomas similares se dificulta el diagnóstico, generalmente, las primeras manifestaciones son fatiga, dolores musculares y fiebre; pero el síntoma clásico es la inflamación. El tratamiento depende de la enfermedad, pero lo importante es disminuir la inflamación con corticoides u otro medicamento que reduzca la respuesta inmune ⁽¹⁾. A pesar de ser producidas por falla de la tolerancia inmunológica, no existe patrón común entre estas enfermedades, ya que depende de los órganos afectados ⁽²⁾.

La tiroiditis de Hashimoto o también conocida como tiroiditis linfocítica crónica, consiste en la destrucción del tiroides debido al ataque de las defensas del propio organismo (anticuerpos contra el tiroides propio) ^(3, 4); y es la causa más común de hipotiroidismo en países donde la ingesta de yodo no constituye un problema. Es una enfermedad muy frecuente, sobre todo en mujeres. Se estima que cada año 4 de cada 1000 mujeres y 1 de cada 1000 hombres desarrollan la enfermedad, con una edad de presentación de aproximadamente 60 años ⁽³⁾.

La tiroiditis puede asociarse a otras EA, como la enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo, diabetes mellitus tipo 1, vitiligo, anemia perniciosa, enfermedad celíaca, poliendocrinopatía tipo II y trastornos del tejido conectivo: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren ^(5, 6).

Por otro lado, el LES es una EA sistémica de curso crónico, con etiología desconocida, causada por producción de autoanticuerpos dirigidos a antígenos celulares. Presenta manifestaciones clínicas muy variadas que afectan múltiples sistemas corporales. Se presenta independiente del género o edad, sin embargo, es más frecuente en el sexo femenino (proporción de 9:1 frente a varones), entre 15 y 44 años ^(7, 8).

La prevalencia del LES oscila entre 30 y 150 por 100.000 habitantes, y su incidencia entre 2,2 y 23,1 por 100.000 habitantes/año. La frecuencia del LES es de 2 a 8 veces mayor en la población de raza negra, afroamericana, latinoamericana y asiática; donde aparece en edades más tempranas y suelen tener un curso más agresivo. La nefropatía lúpica (NL) aparece clínica o analíticamente en la mayoría de pacientes (25

% a 75 %), en dependencia de la población estudiada y criterios diagnósticos, donde, alrededor de 90 % de estos pacientes muestran algún tipo de lesión en la biopsia renal ⁽⁹⁾.

No existe prueba inequívoca para el diagnóstico, por lo que está basado en la clínica y los hallazgos analíticos. La elevación del anticuerpo antinuclear (ANA) a títulos de 1:40 o más es el criterio diagnóstico más sensible ⁽¹⁰⁾. El estudio del LES es de gran interés, no solo por su prevalencia sino por el enigma de muchos de sus mecanismos patogénicos y la necesidad de encontrar tratamientos selectivos y personalizados. En los últimos años se han hecho notables avances (aunque no suficientes); prueba de ello es la gran cantidad de artículos publicados, más de 600 al año, según su indexación en PubMed. Además, hay al menos 3 publicaciones periódicas dedicadas al LES, así como un libro íntegro para esta enfermedad, con consejos para pacientes y familiares ⁽⁹⁾.

A consecuencia de la alta incidencia que presenta el lupus eritematoso sistémico actualmente, su asociación con la enfermedad de Hashimoto, la gran diversidad de manifestaciones clínicas que posee y las complicaciones que puede conllevar, su repercusión en la calidad de vida de quienes la padecen, así como la necesidad de valorar al paciente y su sintomatología, de un modo integral; se decide realizar esta investigación, en la cual se intenta dar solución a la siguiente interrogante ¿Cuáles son las características de una paciente con tiroiditis de Hashimoto y lupus eritematoso sistémico? Por lo cual se plantea como objetivo describir las características de una paciente con lupus eritematoso sistémico y antecedentes de tiroiditis de Hashimoto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se Motivo de consulta: dolor articular.

Paciente femenina de 20 años, raza blanca, estudiante de Medicina, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de asma bronquial y antecedentes patológicos familiares de hipotiroidismo en varias mujeres de la familia: abuela materna y varios tíos diabéticos, padre asmático e hipertenso y una prima con LES.

Desde los 16 años aproximadamente comienza con cuadros de infecciones urinarias recurrentes, febrículas, fundamentalmente asociada a momentos



de estrés, decaimiento en ocasiones, bradicardia constatada electrocardiográficamente, hiperlipidemia, palidez e irregularidad menstrual, todo lo cual fue estudiado sin un diagnóstico preciso. Se detectó discreto trastorno del metabolismo de los lípidos que fue tratado con dieta; se observó discreto aumento de volumen en la base del cuello, se indica USD de tiroides que informa textura heterogénea de ambos lóbulos sin quistes ni nódulos.

Tabla 1. Distribución de la evolución en el tiempo de los resultados de los exámenes complementarios.

Exámenes complementarios	Resultados		
	29/8/2018	29/4/2019	20/1/2020
Hemoglobina	96 g/L	117g/L	119 g/L
Leucocitos	10,8x10 ⁹ /L	4,2x10 ⁹ /L.	9x10 ⁹ /L
Plaquetas	198x10 ⁹ /L	320x10 ⁹ /L	320x10 ⁹ /L
Eritrosedimentación	126 mm/h	20mm/h	23 mm/h
Glicemia	3,8 mmol/L	4,7 mmol/L	2,4 mmol/L
Creatinina	167 mmol/L	47 mmol/L	44 mmol/L
Ácido Úrico	308 mmol/L	376 mmol/L	338 mmol/L
Filtrado glomerular con orina de 24 h	47,76ml/min		
Conteo de adis	Vol: 275 ml Proteínas: Lig vestigio Leuc: 458 htíes 11 450		Vol: 132 ml Proteínas: vestigio Leuc: 8800 htíes 118800 cilindros leucocitarios
TGP	77 mmol/L	23mmol/L	33 mmol/L
GGT	140mmol/L	21mmol/L	28 mmol/L
TGO			34 mmol/L
LDH	315mmol/L	315 mmol/L	
Triglicéridos:	1,56 mmol/L	0,88mmol/L	1,16 mmol/L
Colesterol	8,06 mmol/L	3,95mmol/L	4,22 mmol/L
Fosfatasa Alcalina	393 mmol/L	210mmol/L	223 mmol/L
Proteínas totales	69,5 g/L	74,0 g/L	94,6 g/L
Albúmina	41,8 g/L	48,3 g/L	51,5 g/L
Serina	27,7 g/L	25,7 g/L	43,1 g/L
VIH	negativo	negativo	negativo
Serología	negativo	negativo	negativo

Fuente: historia clínica

En enero del 2019 presenta mixedema, se decide valorar por Medicina Interna quien remite a Endocrinología, diagnosticándose clínicamente un hipotiroidismo primario severo del adulto, se indica TSH: 100 UI/ml (valor de referencia: 0,27-4,2 UI/L) y Anti- TPO: 478,8UI/ml (valor de referencia: 0-34 UI/L), además de USD tiroides que concluye tiroiditis crónica de posible etiología inmunitaria, patrón ecográfico de hipotiroidismo. Con todo lo cual se confirma diagnóstico de hipotiroidismo, específicamente una tiroiditis de Hashimoto.

Se inicia tratamiento con Levotiroxina sódica en dosis progresiva hasta 125 mg diarios, además de hidrocortisona en dosis de 30 mg/día para evitar insuficiencia adrenal por hipotiroidismo severo (baja reserva adrenal secundaria al hipotiroidismo).

al hipotiroidismo).

Al mes de tratamiento, la paciente menstrúa, disminuyen los edemas y se siente mejor clínicamente. Pasadas unas semanas, a pesar de que en esos momentos, los complementarios se encontraban relativamente normales, la paciente presenta malestar general, taquicardias y palpitaciones permanentes, por lo cual vuelve a acudir a la consulta de Medicina Interna, donde se valora la posibilidad de que la dosis de levotiroxina sea muy elevada, pero para descartar otras posibilidades se le indica un ecocardiograma, a través del cual se diagnostica un prolapso de la válvula mitral, sin repercusiones orgánicas hasta el momento. Para lo cual se le indica tratamiento con fenobarbital.

En mayo del 2019 la paciente acude nuevamente a la consulta de Endocrinología donde al presentar nuevamente amenorrea se decide realizar nuevos estudios, con sospechas de otras enfermedades endocrinas (de posible etiología autoinmunitaria) asociadas a la tiroiditis de Hashimoto. Por lo cual la paciente fue estudiada por una sospecha del síndrome poliglandular. Ya en septiembre del 2019, la paciente continúa con amenorrea, en este momento de 7 meses (de marzo a septiembre) por lo que se repiten los complementarios.

Tabla 2. Distribución de la evolución en el tiempo de los resultados de los estudios hormonales.

Exámenes Complementarios	Resultados	
	10/5/2019	27/9/2019
Cortisol I	477,3 mmol/L	565,3 mmol/L (aumentado)
Cortisol II	430,3 mmol/L	531,4 mmol/L
Prolactina 1	523,6 uJU/ml (aumentada)	9.8 mJU/ml
Prolactina 2	461,5 mJU/ml	8.5 mJU/ml
Testosterona	0,055 mJU/ml (disminuida)	0,92 mJU/ml
TSH	1,46 mJU/ml	N/R
FSH	N/R	4.31 mJU/ml
LH	N/R	11,6 mUI/ml

Fuente: historia clínica

En octubre del 2019, aparecen dolores articulares y musculares, subluxaciones repetidas del hombro

y cadera derecho, por lo cual acude a la consulta de ortopedia, se le indica ultrasonido de partes blandas del hombro afectado.



Ilustración 1: deformidades articulares a nivel de las manos

Ultrasonido hombro derecho:

Tendón del bíceps textura homogénea, con pequeña cantidad de líquido a nivel de la vaina. Tendón subescapular de textura no homogénea con un grosor de 5 mm con pequeña calcificación de 1mm próxima a su inserción. Tendón del supraespinoso con un grosor de 3,2 mm de textura no homogénea con pequeña calcificación de 1mm próxima a su inserción. Además, se observa pequeña cantidad de líquido alrededor del mismo. Tendón del infraespinoso con textura homogénea, con un grosor de 2 mm y pequeña cantidad de líquido alrededor. Tendón del redondo menor sin alteraciones. Articulación acromio clavicular con hipertrofia capsular superior y espacio articular conservado.



Ilustración 2: ultrasonido de partes blandas de hombro derecho

Fue tratada con fisioterapia y los dolores articulares mejoraron. En noviembre de ese mismo año fue ingresada nuevamente debido a un cuadro de hematuria con hipertensión. Tras este ingreso la paciente comienza tratamiento con enalapril media tableta cada 12 h. Ya en enero del 2020 se encuentra nuevamente con dolores articulares y discretas deformidades en los miembros por lo que acude a la consulta de reumatología, se indican estudios de índole inmunológica para detectar posibles trastornos autoinmes-reumáticos.

Tabla 3. Distribución de la evolución en el tiempo de los resultados de los estudios inmunológicos.al hipotiroidismo).

Exámenes	Resultados	
	29/8/2018	20/1/2020
Complementarios		
IgE	N/R	N/R
IgA	220 mg/dl	N/R
IgG	2259mg/dl	11,79mg/dl
IgM	227 mg/dl	1,39mg/dl
C3	N/R	1,59mg/dl
C4 (V/N 10-40 mg/dl)	17 mg/dl	0,21 mg/dl
Células LE I, II, III:	no se observan	no se observan
Proteína C Reactiva:	Positivo	negativo
Factor reumatoideo	positivo	N/R

Fuente: historia clínica

En marzo del 2020 aparece eritema malar, y se exacerban los dolores articulares por lo que acude nuevamente a la consulta de reumatología, donde es valorada por el colectivo de especialistas del Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba. Con los exámenes complementarios anteriores y la historia de salud de la paciente, teniendo en cuenta el daño renal que ha presentado en varias ocasiones, el eritema malar y dolores articulares que presentaba en el momento de la consulta se decide el diagnóstico clínico de lupus eritematoso sistémico.

Diagnóstico definitivo: tiroiditis de Hashimoto y lupus eritematoso sistémico.

Comienza el tratamiento con prednisona 10 mg diarios (2 tableta de 5mg), cloroquina 1 tableta diaria (250 mg) y carbonato de calcio 1 tableta diaria (500 mg).

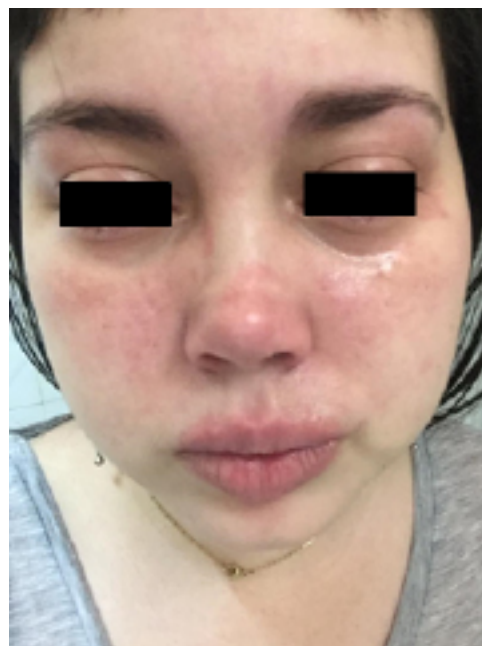


Ilustración 3: mixedema y eritema malar.

DISCUSIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con una amplia variedad de síntomas y signos clínicos, que se asocia a una gran cantidad de hallazgos inmunológicos y de laboratorio ⁽¹¹⁾. Esta enfermedad puede asociarse a otras patologías autoinmunes como la enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) ⁽¹²⁾.

La poliautoinmunidad (presencia de 2 o más enfermedades autoinmunes en un mismo individuo), es uno de los temas aun sin dilucidar en la práctica médica ⁽¹¹⁾. En los pacientes con LES es más frecuente que aparezcan enfermedades tiroideas que en la población sana. La prevalencia del hipotiroidismo en los pacientes con LES es del 4-11 %, mientras que en la población general es menor del 1 % ¹³. La coexistencia entre tiroiditis de Hashimoto y lupus eritematoso sistémico (LES) supone un reto clínico para los posibles diagnósticos diferenciales. Se presenta el caso de una paciente con LES y nefritis lúpica, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto.

A nivel internacional se reportan distintos casos que presentan asociación de LES con otras EA, la ETA destaca en el orden de incidencia. Solis et al ⁽¹²⁾, en su estudio encontraron que el 32,99 % de los pacientes que padecían de LES tenían, además, diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto, la cual era diagnosticada

antes del LES en el 90,63 % de los casos; datos que coinciden con el caso presentado, en el cual en orden de frecuencia, se diagnostica primeramente la tiroiditis de Hashimoto.

Se evidencia en este caso, de forma notable, la presencia de disímiles factores de riesgo para ambas enfermedades, como lo son la edad, el sexo, los antecedentes familiares (prima con LES e hipotiroidismo en varias mujeres de la familia), así como la raza, y una interacción de estos con el fenotipo clínico de la paciente. Igualmente llama la atención la presencia de enfermedad tiroidea, que pone en consideración la posibilidad del diagnóstico sindromático de poliautoinmunidad.

La mayoría de los pacientes con LES e hipo o hipertiroidismo, tienen títulos elevados de autoanticuerpos anti-tiroideos como ocurre en este caso. Sin embargo, el paralelismo entre la actividad lúpica y la severidad del hipotiroidismo puede estar ausente.

En el estudio realizado por Torres Aguilar et al ⁽¹⁴⁾ de los pacientes con LES incluidos 38,88 % (21/54) tenían conocimiento de presentar una ETA previa y el 10 % (6/54) no lo sabían. Del total de pacientes incluidos 20,37 % (11 /54) presentaban anti-TPO positivo y pertenecen al sexo masculino el 18,18 % (2/11) y del sexo femenino el 81 % (9/11). Del total de pacientes con anti-TPO positivos, 7/11 (63,63 %) tenían diagnóstico previo de ETA, y 4/11 (36,36 %) no se conocían portadores de ETA.

Otro de los hallazgos importantes de este estudio fueron que el 77,7 % (21/27) de los pacientes con ETA y LES recibían tratamiento con levotiroxina. De estos presentaban un valor de la media de la anti-TPO 128 ± 6 mU/L, frente a los 22,22 % (6/27) que no recibían tratamiento con un valor de la media de las concentraciones de anti-TPO de $40,64 \pm 20$ mU/l ⁽¹⁴⁾. En concordancia con estos resultados la paciente presentada era del sexo femenino y mostró al momento del diagnóstico de la enfermedad tiroidea anticuerpo anti-TPO positivo, estando estos considerablemente aumentados: anti-TPO: 478,8UI/ml (valor de referencia: 0-34 UI/L); además del tratamiento con levotiroxina sódica.

En el estudio realizado por Mader et al ⁽¹⁵⁾ no se

estableció que el anticuerpo anti-TPO fluctúe con el estado de actividad de la enfermedad del LES, los autores de dicho estudio asumen, que la producción de anticuerpos antitiroideos no está relacionada con la actividad de la enfermedad. En la investigación de Torres Aguilar et al ⁽¹³⁾ tampoco se encontró relación entre tener anti-TPO positivos y la actividad del LES, así como tampoco con los demás parámetros de actividad.

Las manifestaciones clínicas y analíticas del hipotiroidismo severo pueden simular un brote lúpico, como se puede apreciar en el presente caso. Por otro lado, se han descrito múltiples alteraciones renales en el hipotiroidismo: descenso del filtrado glomerular, hiponatremia y proteinuria. La mayoría de estos cambios revierten tras la normalización de la función tiroidea con el tratamiento hormonal.

En el presente caso se pudo apreciar como al inicio de las manifestaciones clínicas en 2018 se encontraban fuera de los límites de los valores normales de referencia la mayor parte de los complementarios, con eritrosedimentación centenaria, alteraciones de los parámetros hemo-químicos y de la espera renal con aumento de la creatinina y disminución considerable del filtrado glomerular lo que fue valorado como una insuficiencia renal aguda, notándose además una normalización de dichos parámetros tras el diagnóstico y tratamiento de la tiroiditis de Hashimoto.

Se evidenció también la existencia de un compromiso sistémico de gran magnitud debido a la presencia de LES y su asociación con la tiroiditis linfocítica crónica, con parámetros bastante elevados de los complementarios de índole inmunológica, todo esto asociado a múltiples manifestaciones en diferentes esferas. Se encontraban elevadas las inmunoglobulinas (Ig G, A y M, fundamentalmente la IgG. Por lo general estas 3 Ig se miden simultáneamente. Al evaluarse juntas, le brindan al médico información importante sobre el funcionamiento del sistema inmunológico, especialmente en lo relacionado con las infecciones y las enfermedades autoinmunes. En este caso, al estar en niveles tan elevados se traduce en la existencia de algún proceso autoinmune en actividad lo cual se encuentra en concordancia con la información que plantean algunas literaturas acerca de la asociación de estas dos EA.

Las manifestaciones clínicas del LES suelen ser

variadas y estar en relación con las características individuales de cada paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad y el nivel de actividad inmunológica. La paciente del caso presentado muestra una sintomatología florida de la enfermedad, con fiebre, dolor articular, decaimiento, eritema malar y sin alteraciones relevantes de los complementarios en este momento, por lo cual, aunque sin trastornos severos, el diagnóstico de LES fue meramente clínico. La ausencia de la gravedad en el cuadro, a pesar del tiempo de evolución fue interpretado como el cuadro clínico de LES, fue enmascarado gracias a la administración de hidrocortisona luego del diagnóstico de Hashimoto, puesto que se describen distintos esquemas terapéuticos para el LES, pero todos ellos tienen como elemento común la administración de corticoides para el control de los autoanticuerpos.

En concordancia con el presente caso otros autores describen pacientes con manifestaciones similares. Mancheno et al ⁽¹⁶⁾, en su informe, describe una paciente femenina de 20 años de edad que al momento del diagnóstico de LES se encontraba siendo tratada con prednisona por anemia de causa desconocida, por lo cual el cuadro presentado no fue de gravedad, presentando: PA 119/70, temperatura 38°C, lesiones eritematosas en rostro y manos, anemia, urea y creatinina dentro parámetros, sin evidencia de proteinuria, hematuria o cilindros, química sanguínea muestra elevación de las enzimas hepáticas y proteína C reactiva positiva, por lo cual luego de realizar la anamnesis y complementarios se confirmó el diagnóstico de LES, con la presencia de 5 criterios clínicos.

Con respecto al tratamiento, cabe señalar que establecer un tratamiento oportuno no resulta menos complicado que llegar a un diagnóstico, puesto que el mismo tiene como objetivo, controlar la actividad lúpica y evitar la aparición de daño irreversible de órgano blanco, considerando el estrecho margen terapéutico y los importantes efectos adversos resultantes de la administración prolongada de fármacos esteroideos e inmunomoduladores.

Sin embargo, el denominador común en los distintos esquemas de tratamiento son los corticoides, independientemente de la dosis (está en relación con la gravedad del cuadro). A la paciente presentada por Mancheno et al ⁽¹⁶⁾, se le estableció como tratamiento prednisona 30 mg, hidroxicloroquina 200 mg y calcio

más vitamina D 1500 mg, tras los cual presentó mejoría clínica significativa y fue dada de alta, manteniendo el mismo esquema terapéutico y el seguimiento oportuno. Por su parte Sánchez Julca et al ⁽¹⁷⁾ en su reporte de un caso de LES pediátrico mencionan como tratamiento cloroquina y prednisona oral. El caso que nos compete actualmente, está en concordancia con los antes mencionados, puesto que el diagnóstico definido para la paciente fue de prednisona, cloroquina y carbonato de calcio.

CONCLUSIONES

Tanto el LES como la tiroiditis autoinmune comparten los mecanismos de autoinmunidad por la cual se producen, a pesar de lo que se conoce de esta asociación aún no queda totalmente esclarecido el mecanismo que propicia que esto ocurra, se desconoce, además, la totalidad de sucesos, así como el resultado de su presentación sincrónica. En el caso presentado, al igual que en otros casos descritos en la literatura, se evidencia un perfil de actividad lúpica que dificulta el diagnóstico debido a la presencia simultánea de tiroiditis autoinmune, esto demuestra la necesidad de sospechar de estas asociaciones para poder detectarlas y tratarlas de forma oportuna.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

DEMA: investigación, redacción-borrador original, curación de datos, análisis formal. AMAG: investigación, curación de datos, análisis formal. JTAC: metodología, análisis formal, redacción-revisión y edición, visualización. VYGO: conceptualización, supervisión, validación, administración del proyecto.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses. Este manuscrito no ha sido publicado total o parcialmente, ni está siendo evaluado por otra revista.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que la investigación no es financiada.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales: los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Confidencialidad de los datos: los autores declaran



que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes. Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MedlinePlus [Internet]. EE.UU: National Library of Medicine; 2021 [citado 08 Feb 2022]. Enfermedades autoinmunes. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/autoimmunediseases.html>
2. Fernández M. Qué ocurre en una enfermedad autoinmune. Saber Vivir [Internet]. 2020 [citado 08 Feb 2022]:[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/enfermedad-autoinmune_42
3. Tiroiditis de Hashimoto. Redacción Médica [Internet]. Lunes 12 Oct 2020 [citado 08 Feb 2022];Recursos de salud. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/tiroiditis-hashimoto>
4. Contreras Álvarez PJ, Calderín Sharp B, Hernández Armstrong LR, Venereo Sánchez A. Tiroiditis de Hashimoto en tiroides aberrante. Rev Cubana Otorrinolaringol Cir Cab Cue. [Internet]. 2020 [citado 08 Feb 2022];4(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/127/229>
5. MANUAL MSD [Internet]. USA: Merck Sharp & Dohme Corp; 2020 [citado 08 Feb 2022]. Hershman JM. Tiroiditis de Hashimoto Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinológicos-y-metabólicos/trastornos-tiroideos/tiroiditis-de-hashimoto>
6. Mercado U, Mercado H. Artritis reumatoide y enfermedad tiroidea autoinmunitaria. Med Int Méx [Internet]. 2019 [citado 08 Feb 2022];35(5):703-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n5/0186-4866-mim-35-05-703.pdf>
7. Vascones Andrade WP, Solís Cartas U, Valdés González JL, Flor Mora OP, Menes Camejo I, Calvopiña Bejarano SJ, et al. Lupus eritematosos sistémico y síndrome de Turner. Una asociación infrecuente. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2017 [citado 08 Feb 2022];19(3 Supl. 1):213-9. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/558/pdf>
8. González Jiménez D, Mejía Bonilla S, Cruz Fallas M. Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2021 [citado 08 Feb 2022];6(1):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/630/1088>
9. Nefrología al Día-Sociedad Española de Nefrología [Internet]. Barcelona, España: Elsevier España; 2020 [citado 08 Feb 2022]. Rivera Hernanadez F, Romera AM, Villabón P, Sanchez Escudero P, Fernanadez SA, González López L, et al. Lupus Eritematoso Sistémico. Nefropatía Lúpica. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-lupus-eritematoso-sistemico-nefropatia-lupica--263>
10. Ondarza Vidaurreta RN. Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Rev Educ Bioq [Internet]. 2017 [citado 08 Feb 2022];36(1):21-7]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/reveducbio/reb-2017/reb171d.pdf>
11. García Alfonso C, Bernal Macías S, García Pardo Y, Millán SP, Díaz MC. Coexistencia de lupus eritematoso sistémico y miastenia gravis. Una expresión infrecuente de poliautoinmunitad. Reumatol Clin [Internet]. 2020. [citado 08 Feb 2022];16(6):502-5. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-S1699258X18301931>



12. Solis Cartas U, Andramuño Núñez VL, Ávalos Obregón MD, Haro Chavez JM, Calvopiña Bejarano SJ, Yambay Alulema AD, et al. Relación entre tiroiditis autoinmune y lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2020 [citado 08 Feb 2022];22(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/715/pdf>
13. Anaya S, Sánchez de la Nieta MD, Blanco J, Rivera F. Nefritis lúpica e hipotiroidismo. Nefrol [Internet]. 2007 [citado 08 Feb 2022];27(1):87-8. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699507020736>
14. Torres Aguilar ER, Jiménez J, Cervera R. Niveles de anti-TPO y su relación con la actividad de lupus eritematoso sistémico en pacientes de consulta externa. Rev Parag Reumatol [Internet]. 2020 [citado 08 Feb 2022];6(2):50-4. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/rpr/v6n2/2413-4341-rpr-6-02-50.pdf>
15. Mader R, Mishail S, Adawi M, Lavi I, Luboshitzky R. Thyroid dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus (SLE): relation to disease activity. Clin Rheumatol [Internet]. 2007 [citado 08 Feb 2022];26(11):1891-4. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-007-0602-5>
16. Mancheno L, Analuisa I, Mancheno H. Lupus eritematoso sistémico. Presentación de un caso clínico diagnosticado en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Práctica Familiar Rural [Internet]. 2019 [citado 08 Feb 2022];4(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/49/328>
17. Sánchez Julca R, Saavedra Bacilio A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico: reporte de un caso clínico. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2017 [citado 08 Feb 2022];19(Supl. 1):209-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v19s1/rcur07s17.pdf>