



<https://www.revclinesp.es>

IF-14. - ¿SON NECESARIAS LAS DOSIS ALTAS DE GLUCOCORTICOIDES EN LOS BROTES GRAVES DE LUPUS? DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

C. González de Echavarri, B. Pernas, A. Ugarte, G. Ruiz-Irastorza

Servicio de Medicina Interna-EAS. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Objetivos: Describir la evolución de dos casos clínicos con un brote grave de LES tratados sin superar en ningún momento dosis de prednisona de 20 mg/d.

Métodos: Se describen dos casos clínicos de pacientes controladas en la unidad de EAS de H.U. Cruces con lupus grave que respondieron al tratamiento combinado con pulsos de metilprednisolona, inmunosupresores, antipalúdicos y finalmente rituximab sin administrarse en ningún momento dosis de prednisona superiores a 20 mg/d.

Resultados: El primer caso es el de una mujer de 24 años diagnosticada de LES desde 2007 con afectación cutáneo-articular. Tras abandono del tratamiento con micofenolato mofetilo, hidroxicloroquina y prednisona a dosis bajas en 2010, presenta un brote de vasculitis cutánea agresiva de predominio en manos, además de pleuritis y rash activo en cara. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona a dosis de 15 mg/d con rápido descenso hasta 5 mg/d, hidroxicloroquina 400 mg/d y ciclofosfamida en pulsos quincenales de 500 mg. Ante la falta de respuesta se decide administrar rituximab, dos dosis de 1.000 mg separadas 14 días. En las semanas posteriores al tratamiento se observa una progresiva mejoría clínica hasta la resolución completa de las lesiones. La paciente se mantiene en remisión completa tras dos años de seguimiento, actualmente en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/d, prednisona 2,5 mg/d, micofenolato mofetilo 1.500 mg/d y mepacrina 100 mg/d. El segundo caso es el de una paciente de 23 años con diagnóstico de LES desde 2010, con afectación cutáneo-articular leve, en tratamiento únicamente con hidroxicloroquina. Meses después del abandonar voluntariamente dicho tratamiento, ingresa por un cuadro de vasculitis cutánea y pancreatitis lúpica. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona, presentando no obstante un rápido deterioro clínico con desarrollo de hemorragia alveolar. Se administra una primera dosis de ciclofosfamida, pero debido a que el cuadro evoluciona hacia una insuficiencia respiratoria grave con necesidad de ventilación mecánica se decide tratamiento con rituximab 48 horas después de la ciclofosfamida, presentando una rápida mejoría clínica que permite la extubación 3 días después de la administración del mismo. Una vez completada la pauta de rituximab (en 2 dosis de 1 g separadas 15 días), se completan asimismo 6 pulsos de ciclofosfamida quincenales, acompañados de prednisona a dosis de 20 mg/d con descenso rápido hasta 5 mg/d e hidroxicloroquina 200 mg/d produciéndose una llamativa resolución de los infiltrados pulmonares. Actualmente se mantiene en remisión tras un año de seguimiento, siendo el tratamiento actual prednisona 2,5 mg/d, hidroxicloroquina 200 mg/d y azatioprina 75 mg/d.

Discusión: El empleo de glucocorticoideos a dosis mantenidas superiores a 7,5 mg/d se asocia con efectos adversos graves, incluyendo un aumento del daño irreversible en pacientes con lupus. Dosis superiores,

incluso durante periodos cortos de tiempo, pueden producir importantes complicaciones como necrosis avascular, hipertensión arterial e incremento de la susceptibilidad a infecciones. En situaciones agudas existen alternativas razonables que permiten disminuir las dosis de prednisona oral (pulsos de metilprednisolona, uso precoz de inmunosupresores). Como ilustran estos dos casos clínicos, en brotes particularmente agresivos y refractarios, el rituximab supone una opción eficaz permitiendo evitar las dosis altas de prednisona (superiores a 30 mg/d) incluso en brotes lúpicos graves. Asimismo, gracias a la combinación de fármacos antipalúdicos e inmunosupresores, dosis de mantenimiento de prednisona superiores a 5mg/d son innecesarias.

Conclusiones: En la actualidad existen combinaciones de tratamiento suficientes que permiten evitar dosis de prednisona mayores de 30 mg/d en situaciones agudas y mayores de 5mg/d durante el tratamiento de mantenimiento.