

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

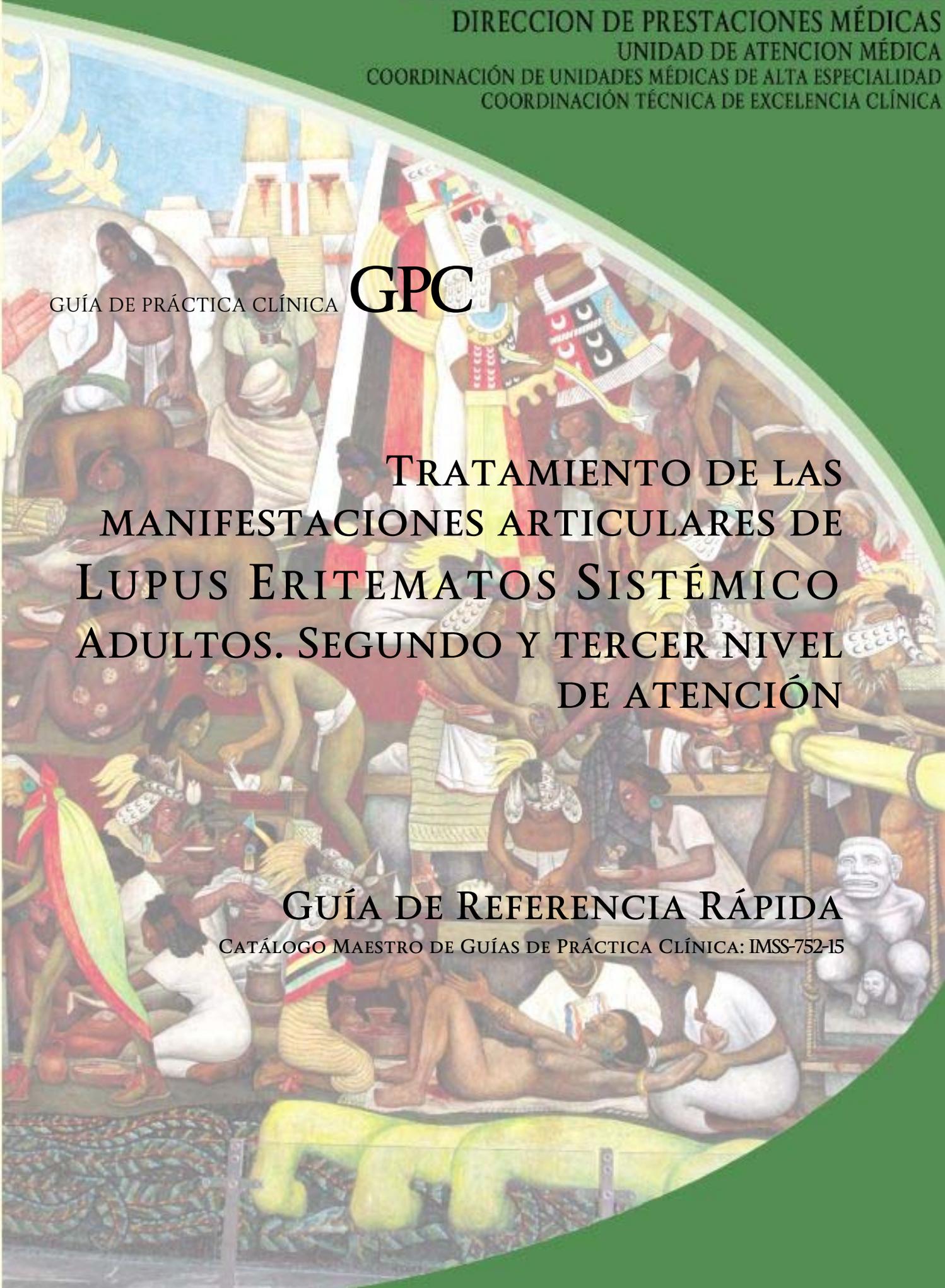
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**GPC**

**TRATAMIENTO DE LAS  
MANIFESTACIONES ARTICULARES DE  
LUPUS ERITEMATOS SISTÉMICO  
ADULTOS. SEGUNDO Y TERCER NIVEL  
DE ATENCIÓN**

**GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-752-15



## ÍNDICE

<b>Índice.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Clasificación .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Definición y Contexto.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Historia Natural .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Escalas de Clasificación Clínica.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Diagramas de Flujo .....</b>	<b>17</b>

## 1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: (M32) LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO  
(M32.8) OTRAS FORMAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO  
GPC: TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES  
ARTICULARES DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

## 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y multisistémica, de causa desconocida y de curso clínico variable, que se caracteriza por períodos de remisión y reactivación. Es más frecuente en las mujeres y en determinadas razas y su pico de incidencia se sitúa entre los 15 y 40 años de edad. De acuerdo a diversas series, la afección articular en LES, se presenta entre un 69 a 95% de los pacientes y habitualmente está presente en el momento del diagnóstico.

La afección articular puede involucrar casi todas las articulaciones, siendo de mayor frecuencia en las articulaciones de manos (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y distales) y en rodillas, mientras que es de menor frecuencia en hombros, tobillos y codos. Es habitual que también se afecten otras estructuras peri-articulares, ocasionando tendinitis o tenosinovitis y ruptura tendinosa. La presentación de la afección articular generalmente es poliarticular, simétrica y no erosiva, predominando en pequeñas articulaciones. La duración de los síntomas es variable (días, semanas o meses) y el curso puede ser persistente y crónico. Otras manifestaciones clínicas presentes en el paciente con LES articular son eritema, rigidez matutina y limitación del rango de los movimientos, pero más comúnmente, se presenta dolor con mínima inflamación.

Recientemente, se ha propuesto una nueva modalidad de clasificación para la artropatía en LES, basada en hallazgos clínicos y en los nuevos estudios de imagen, que sugiere dividirla en los siguientes grupos:

- I).- Artralgia sin signos de inflamación, erosión o deformidad.
- II).- Artropatía inflamatoria, no erosiva ni deformante.
- III).- Artropatía erosiva, no deformante.
- IV).- Artropatía mecánica, erosiva y deformante.
- V).- Artropatía sinovial, deformante y erosiva.
- VI).- Artropatía deformante, no erosiva o Jaccoud clásico.

El objetivo del tratamiento de las manifestaciones articulares en LES, es disminuir la inflamación y el dolor, preservar la función, incrementar la calidad de vida y minimizar los efectos adversos de los fármacos. Dado el carácter episódico y la limitación de la función por el dolor y la inflamación articular, generalmente se emplean anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) durante períodos de tiempo corto. Sin embargo, es importante limitar su empleo o bien utilizar bajo estrecha vigilancia de sus efectos secundarios y adversos, con particular interés en los pacientes que cursan con afección gastrointestinal o renal, dado el riesgo de toxicidad, lo que les confiere una contraindicación relativa. Adicionalmente, los pacientes con LES pueden tener una alta incidencia de meningitis aséptica asociada a AINE's, posible hepatotoxicidad e incluso riesgo de sangrado gastro-intestinal.

El manejo terapéutico del paciente con LES, debe considerar el tipo y la gravedad de la afectación de órganos. En la actualidad, los AINE's constituyen la primera línea de tratamiento en aquellos pacientes con síntomas articulares aislados e intermitentes, mientras que en aquellos casos con síntomas graves o recurrentes, es posible emplear la combinación de dosis bajas de corticoesteroides (prednisona <10 mg/día) y antimaláricos. La inyección intra-articular de esteroides puede ser útil en caso de artritis persistente y localizada. (Artifoni M, 2012/Duru N, 2013/ Calvo-Alén J, 2013). El empleo de los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME), puede ser factible en aquellos pacientes con síntomas persistentes con involucro de otros órganos, de hecho es factible el empleo de metotrexato en combinación con antimaláricos en pacientes con afección articular refractarias a tratamiento o cortico-dependientes. En el caso de falla o intolerancia al tratamiento, otras alternativas incluyen ciclosporina, azatioprina o micofenolato de mofetilo. Finalmente, otras opciones de tratamiento en casos con actividad articular persistente y refractaria, requieren evaluar el riesgo- beneficio individual y la evidencia científica disponible, entre ellos destaca leflunomida, rituximab y otros biológicos. (Artifoni M, 2012)

### 3. HISTORIA NATURAL

#### TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de los síntomas articulares en LES, es la disminución de la inflamación, el dolor y preservar la función. Las recaídas articulares en muchos pacientes con LES son de naturaleza limitada, episódicas y pueden mejorar con los AINE.

En pacientes con LES, que presentan síntomas articulares intermitentes y aislados, se sugiere el uso de ciclos cortos de AINE como primera línea de tratamiento.

Ningún AINE ha demostrado ser superior a otro, y la eficacia de los AINE tradicionales es semejante a la de los inhibidores de las enzimas ciclooxigenasa 2 (COXIB).

Los pacientes con lupus que emplean AINE pueden tener una mayor incidencia de transaminasemia, sensibilidad solar, erupción cutánea inducida por exposición solar, retención hídrica, hipertensión arterial, úlceras gastrointestinales y meningitis aséptica.

Se recomienda prescribir AINE en la dosis mínima eficaz y durante el tiempo menor posible.

No se recomienda usar 2 o más AINE de manera simultánea, ya que el uso concomitante no incrementa la eficacia y en cambio sí aumenta la toxicidad.

El incremento del riesgo cardiovascular varía dependiendo del tipo de AINE utilizado. El naproxeno es uno de los AINE más seguros en cuanto a riesgo cardiovascular.

La estimación del riesgo cardiovascular debe realizarse de forma sistemática en todos los pacientes que usen AINE de forma crónica, al menos una vez al año.

En pacientes que toman ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas, la asociación con ibuprofeno y naproxeno interfiere con el efecto antiagregante del AAS, por lo que se debe evitar usarlos conjuntamente.

La coadministración de AAS y paracetamol no parece incrementar el daño mucoso gastroduodenal con respecto al uso de AAS solo, por lo que, en caso necesario, pueden ser utilizados conjuntamente en estas circunstancias.

El uso de un COXIB reduce las complicaciones en el tracto gastrointestinal alto y bajo.

Se debe evitar la combinación de anticoagulantes y AINE. En caso de ser absolutamente necesario, los COXIB parecen asociarse a menor riesgo de complicaciones hemorrágicas.

La edad > 60 años es factor de riesgo, por si solo, para la aparición de complicaciones gastrointestinales en pacientes que toman AINE, y este riesgo aumenta de forma progresiva con la edad.

La presencia de antecedentes de úlcera péptica gastroduodenal, complicada o no complicada, es factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones gastrointestinales en pacientes que toman AINE.

Se debe realizar una evaluación personalizada del riesgo gastrointestinal basal de cada paciente y del AINE a utilizar.

En los enfermos reumáticos crónicos que reciben AINE deberá evaluarse la función renal al menos una vez al año.

En pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3, o con comorbilidad renal y/o cardiovascular asociada, no se recomienda el empleo de AINE, salvo en situaciones especiales y con estricta vigilancia clínica.

En pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 y 5 el empleo de AINE está contraindicado.

Los glucocorticoides (GC) en dosis bajas han sido un pilar en el tratamiento de LES. No existe evidencia suficiente procedente de ensayos clínicos aleatorizados, respecto al uso de GC para el tratamiento de las manifestaciones articulares en LES, de hecho su eficacia se infiere a través de los resultados positivos descritos en ensayos clínicos en los que se incluyen pacientes con nefritis lúpica.

Las dosis bajas de corticoesteroides se utilizan en artritis que no responden a AINE y como terapia puente para acompañar el periodo de latencia de otros inmunosupresores.

La dosis que habitualmente se recomienda en el tratamiento de las manifestaciones articulares de LES es de 10 mg/día o menor, idealmente por el menor tiempo posible, para reducir las complicaciones asociadas (osteoporosis, catarata, infección, necrosis avascular, entre otros).

En el paciente con lupus articular que no responde al uso de AINE, se recomienda emplear dosis bajas de corticoesteroides ( $\leq 10$  mg/día) y agregar antimaláricos, cuando los síntomas articulares son más graves o recurrentes.

Las infiltraciones con corticoesteroides pueden ser utilizados ocasionalmente, en casos de artritis localizada persistente.

Una dosis  $\geq 5$  mg/día de prednisolona o su equivalente, durante tres o seis meses, disminuye la densidad mineral ósea incrementa el riesgo de fractura durante el período de tratamiento.

El uso de glucocorticoides (GC) provoca la pérdida de masa ósea, especialmente en el hueso trabecular (predominantemente en los cuerpos vertebrales). La pérdida de hueso trabecular, es del 20 al 30% durante los primeros seis meses de uso de GC, posteriormente, la pérdida es de 2% por año. Con relación al hueso cortical (predominantemente los huesos largos), la pérdida es del 2 a 3% en el primer año de tratamiento y se mantiene una pérdida lenta pero continua.

En pacientes que reciben glucocorticoides en dosis  $\geq 5$  mg/día y especialmente en aquellos con riesgo elevado de fractura, se recomienda el uso de medidas de prevención primaria en forma paralela al inicio de los esteroides, con el objetivo de limitar el desarrollo de osteoporosis inducida por GC.

Entre las medidas generales para el manejo del paciente con osteoporosis inducida por GC se recomienda emplear la dosis mínima eficaz de GC para el control de la enfermedad, emplear durante el menor tiempo posible y considerar el uso de fármaco ahorrador de esteroide.

Ante el paciente que inicia la administración de GC en cualquier dosis con una duración prevista  $> 3$  meses, se recomienda modificar estilos de vida, específicamente suspender el tabaquismo, evitar el consumo excesivo de alcohol ( $>2$  bebidas al día), asesoramiento nutricional en la ingesta de calcio y vitamina D; así como evaluar el riesgo de caída, conocer el estado basal de la densitometría ósea, tener registro basal de la estatura y considerar la realización de radiografía de columna vertebral para investigar fractura.

Existen tres agentes antimaláricos (AMs): Cloroquina (CQ), Hidroxicloroquina (HCQ) y Quinacrina (QC), que han sido utilizados en el tratamiento de las manifestaciones leves y moderadas de Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

A pesar del amplio uso de antimaláricos en LES, son pocos los ensayos clínicos, controlados aleatorizados, respecto a su eficacia y seguridad. Evidencia de alta calidad demuestra que los AMs previene la exacerbación e incrementa la sobrevida de pacientes con LES.

Las indicaciones de los AMs en lupus son: tratamiento de lupus cutáneo, tratamiento de LES leve o moderado, como tratamiento de fondo para prevenir los brotes, posible prevención de la afectación a órgano mayor, prevención de la morbilidad por aterosclerosis y tratamiento de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos (SAF) asociado a LES

La dosis de hidroxicloroquina (HCQ) es  $<6.5$  mg/kg/día con máximo de 400 mg diarios y la dosis de cloroquina (CQ) es de 250 mg/día.

La dosis de HCQ considerada tóxica es  $>6.5$ mg/kg/día y para CQ es  $> 3$ mg/kg/día.

Se recomienda suspender la terapia con AMs en pacientes con cambios oftalmológicos iniciales de toxicidad, para evitar daño irreversible. Debe incrementarse la vigilancia en aquellos en que se encuentre córnea verticillata.

Se recomienda mantener el tratamiento con AMs en pacientes con LES articular, aún aquellos en remisión o con actividad leve de la enfermedad, para evitar el riesgo de activación o recaída.

Los efectos tóxicos de los antipalúdicos incluyen: gastrointestinales (anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, pirosis, náusea, vómitos), cutáneas (alopecia, cambios de pigmentación, sequedad, prurito, exantema, exfoliativo, maculopapular, urticarial, liquenoide), neurológicas (convulsiones, insomnio, psicosis, hiperexcitabilidad, confusión mental, tinnitus, vértigo, cefaleas, sordera), neuromusculares (neuromiopatía, reacción miasténica), cardíacas (bloqueos, cardiomiopatía restrictiva e insuficiencia cardíaca) y oculares.

Las manifestaciones oculares producidas por los antimaláricos son: a) defectos visuales de acomodación, que son reversibles, b) depósitos corneales (90% con CQ y 5% con HCQ) que son asintomáticos o producen ciertos halos luminosos, no tienen relación con la toxicidad retiniana y c) toxicidad retiniana.

La primera manifestación de daño retiniano por AMs, es la pre-maculopatía reversible, que se manifiesta con cambios en la agudeza visual y en la fundoscopia, sin pérdida de la visión. Con el uso persistente, se presenta una zona de despigmentación alrededor de la mácula, rodeada por un área de pigmento: “ojo de buey”. La presencia de retinopatía, es una contraindicación absoluta para la continuación de la terapia con AMs.

Puede haber un estadio de pérdida funcional temprana, en el que la suspensión de la droga puede revertir la toxicidad. Los casos con visible maculopatía en “ojo de buey” no muestran recuperación significativa y continúa el daño y pérdida funcional, un año después de suspendida la droga. En los casos avanzados se encuentra pigmento del epitelio retiniano diseminado, atrofia de la retina y pérdida de la agudeza visual, la visión periférica y la visión nocturna.

Los antimaláricos están contraindicados en pacientes con historia de hipersensibilidad al fármaco y en pacientes con diagnóstico previo de retinopatía, así como en pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato debido a que puede condicionar hemólisis.

Se recomienda un examen oftalmológico basal en pacientes que inician AMs, el cual sirve como punto de referencia y para descartar maculopatía, lo que podría ser una contraindicación para su uso.

La revisión oftalmológica basal de los pacientes que inician terapia con AMs, incluye campimetría y fondo de ojo. Esta evaluación debe repetirse de manera anual. Si se detecta toxicidad retiniana, se recomienda realizar electroretinografía multifocal y fundoscopia con dilatación para detectar

cambios pigmentarios que puedan confundirse con toxicidad, con atención a los cambios tempranos de maculopatía en “ojo de buey”.

Los factores que incrementan el riesgo de retinopatía por CQ o HCQ son una duración de tratamiento de mayor de 5 años, dosis acumulada de HCQ >1000 g (total) y de CQ >460g (total), dosis diaria de HCQ >400mg/día o > 6.5 mg/kg de peso ideal para individuos de talla baja; dosis de CQ >250 mg/día o > 3 mg/kg de peso ideal/día, para pacientes de talla baja; edad avanzada, falla renal o hepática y maculopatía o retinopatía de otro origen.

Las recomendaciones para la revisión oftalmológica en pacientes con bajo riesgo son: <40 años (1-2 veces en 5 años), 40 a 60 años (2-4 veces en 5 años) y en pacientes con alto riesgo, una vez al año.

La HCQ debe usarse con precaución en pacientes con falla renal o hepática, en pacientes con epilepsia, en aquellos tratados con digoxina, ciclosporina y MTX porque aumenta las concentraciones séricas de éstos. Por otra parte, no debe administrarse junto con antiácidos y está contraindicada durante la lactancia, en presencia de maculopatía pre-existente o en pacientes tratados con amiodarona y moxifloxacino. Se debe hacer una evaluación basal pretratamiento con biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático y renal.

MTX constituye una intervención farmacológica efectiva para disminuir la actividad de las manifestaciones articulares y conferir un efecto ahorrador de esteroide en pacientes con LES.

Aunque el MTX parece ser tan eficaz como los antimaláricos en el tratamiento de la afección articular por LES, debido a su alta frecuencia de eventos adversos, se recomienda su uso sólo en pacientes con LES moderadamente activo o refractario, en aquellos con contraindicación a antimaláricos o como ahorrador de esteroides.

Se recomienda el uso de MTX, en LES cutáneo y articular, a dosis bajas (10-15 mg/semana) y suplementado con ácido fólico 1 mg/día o 5 mg semanales, preferentemente el día después de la administración de MTX.

Se recomienda utilizar una dosis inicial de MTX de 5-10 mg una vez por semana, incrementando 2.5 -5 mg cada 2-6 semanas, hasta lograr el control de la enfermedad. Deben considerarse dosis bajas en adulto mayor y en pacientes con falla renal. Si la dosis oral no es efectiva o causa intolerancia, debe considerarse la administración intramuscular o subcutánea, cuando la dosis sea > 20mg/semana. Debe evitarse el MTX en pacientes alcohólicos y recomendar una ingesta de alcohol restringida a todos los pacientes, al inicio del tratamiento.

MTX está contraindicado en embarazadas, mujeres lactando, pacientes con sospecha de infección local o sistémica o falla medular, con anemia y/o citopenias inexplicables.

Debido a las interacciones, MTX no debe administrarse concomitantemente con fenitoína, probenecid, penicilina, tolbutamida, co-trimoxazole y trimetoprim, éstos 2 últimos, por incremento en el riesgo de aplasia medular.

Se debe realizar evaluación pre-tratamiento con biometría hemática (BH), azoados, radiografía de tórax, función hepática (PFH). La BH, azoados y PFH deberán evaluarse cada 2 semanas al inicio y hasta alcanzar una dosis estable por 6 semanas, luego mensualmente hasta tener una dosis estable por un año. Se deberá considerar la realización de pruebas de función pulmonar en pacientes específicos.

Se debe considerar el uso de leflunomida en pacientes con actividad leve a moderada de la enfermedad, sin afección a órgano mayor, como una terapia de segunda o tercera elección, particularmente en los pacientes con intolerancia a fármacos de primera elección.

Hasta el momento la evidencia científica disponible sobre la eficacia de leflunomida en pacientes con LES y actividad articular, es insuficiente y con importantes limitaciones metodológicas relacionadas con el diseño del estudio, tamaño de muestra y periodo de seguimiento.

Azatioprina puede ser empleado como ahorrador de esteroide durante el tratamiento de pacientes con LES y síntomas articulares graves.

La dosis inicial recomendada de AZA es de 1mg/kg/día, con incremento de la dosis después de 4 a 6 semanas a 2 - 3 mg/kg/día, vía oral. Al administrarse junto con alopurinol deberá reducirse al 25% la dosis de AZA. Deberá tenerse presente que AZA inhibe el efecto anticoagulante de la warfarina y reduce la absorción de fenitoína, carbamazepina y valproato de sodio.

AZA deberá usarse con precaución en pacientes con deficiencia heterocigota de tiopurina metiltransferasa, infecciones localizadas o sistémicas, incluyendo hepatitis B o C e historia de tuberculosis. Durante su administración se debe solicitar biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático, azoados, y tiopurina metiltransferasa de manera basal.

No se recomienda utilizar AZA en pacientes sometidos a vacunación con virus vivos, durante el embarazo y la lactancia, así como en pacientes con deficiencia homocigota de Tiopurina metiltransferasa y en pacientes con síndrome de Lesch-Nyhan.

Se recomienda vigilar los efectos adversos de azatioprina, debido a que puede ocasionar hepatotoxicidad y aplasia medular.

Ciclosporina permite reducir la dosis de esteroide y disminuir los índices de actividad, en pacientes con LES. Los efectos secundarios incluyen: hipertensión arterial, deterioro de la función renal, hipertricosis e hiperplasia gingival.

Ciclosporina puede ser una opción terapéutica para tratar artritis por LES, sólo en pacientes que no han respondido a terapias convencionales.

Ciclosporina puede ser una opción terapéutica en pacientes que son intolerantes a la toma de azatioprina.

Se recomienda utilizar como dosis inicial de ciclosporina 2.5 mg/kg en 2 dosis divididas, durante 6 semanas, siendo posible incrementar la dosis razón de 25 mg, a intervalos de 2 -4 semanas, hasta alcanzar la dosis clínicamente efectiva de 4 mg/kg/día.

Ciclosporina se debe emplear con precaución en el embarazo, la lactancia y en pacientes con cáncer, entre ellos linfomas. Debe evitarse la uva y su jugo, una hora antes o después de la ingesta de CsA ya que incrementa su biodisponibilidad. CsA está contraindicada en pacientes con falla renal, hepática, hipertensión no controlada, en desequilibrio hidroelectrolítico: hiperkalemia y sospecha de infección sistémica o sepsis.

Se deben evaluar los pacientes previo a tratamiento con ciclosporina, se sugiere solicitar BH, azoados, PFH, perfil de lípidos y depuración de creatinina. La presión arterial (PA) basal deberá ser menor a 140/90mmHg en dos ocasiones; si es mayor, deberá normalizarse primero. En el seguimiento deberá realizarse BH, electrolitos séricos, lípidos y PFH una vez al mes hasta alcanzar una dosis estable por 3 meses y luego cada 3 meses. Es necesario tomar regularmente la PA.

No se recomienda el uso de MMF como agente de primera o segunda línea para el manejo de las manifestaciones articulares aisladas de LES, pudiendo ser utilizado en caso de manifestaciones conjuntas a nivel renal, hematológica, neurológica o mucocutáneas graves.

Mofetil micofenolato puede ser una intervención a emplear en pacientes con artritis lúpica que no responden a tratamiento convencional.

Se recomienda utilizar MMF en dosis de 1-2 g/día vía oral, con dosis inicial de 500 mg por una semana, 500 mg dos veces al día en la segunda semana, e incrementos graduales de 500 mg por semana, hasta la dosis óptima o máxima (3g/día). Debe usarse con precaución en pacientes con sospecha de enfermedad linfoproliferativa, anemia, leucopenia o trombocitopenia inexplicables y en el adulto mayor. Está contraindicado en el embarazo y la lactancia, así como en infecciones localizadas o sistémicas.

Los pacientes con artritis que no responden a tratamiento convencional se pueden beneficiar con el uso de mofetil micofenolato y potencialmente con ciclosporina A o leflunomida.

Hasta el momento la evidencia científica disponible sobre la eficacia de ciclofosfamida con LES y actividad articular, es insuficiente y con importantes limitaciones metodológicas relacionadas con el diseño del estudio.

Con base en la evidencia disponible, tacrolimus puede ser una opción de segunda línea en el manejo de LES sin afección renal, como ahorrador de esteroide, como terapia de inducción y mantenimiento y como agente de rescate en casos con pobre respuesta a tratamiento convencional.

No existen ensayos clínicos que evalúen específicamente la eficacia y seguridad de RTX en el tratamiento de la afección articular de LES

Rituximab puede ser una opción de tratamiento efectiva en pacientes con LES grave y refractario a tratamiento convencional.

No se recomienda modificar el tratamiento en los pacientes clínicamente asintomáticos, basándose únicamente en la identificación de actividad serológica estable o persistente.

El RTX debe reservarse para pacientes con actividad moderada a grave y respuesta insuficiente, o resistentes, al tratamiento estándar con corticoides, inmunosupresores (AZA, MTX, MMF, CFM o anticalcineurinas), dependiendo de la manifestación de que se trate. La necesidad de dosis relativamente altas de glucocorticoides para mantener el control de la enfermedad también puede constituir una indicación.

No existe suficiente evidencia con relación al uso de anti-TNF alfa, adalimumab, certolizumab y golimumab en el manejo de manifestaciones clínicas relevantes en pacientes con LES.

La evidencia científica disponible sobre la eficacia y la seguridad de abatacept en el manejo de LES extrarrenal, es limitada. Existen escasos ensayos clínicos con importantes limitaciones metodológicas que limitan su utilización en el tratamiento de LES.

## 4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Cuadro 1. Criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología para Lupus Eritematoso Sistémico, 1997.

Manifestación	Definición
Eritema malar	Eritema fijo, plano o realzado, sobre las eminencias malares, respetando surcos nasogenianos.
Lupus discoide	Parches eritematosos elevados, con zonas queratóticas adherentes y afección folicular: puede ocurrir cicatrización atrófica en lesiones antiguas.
Fotosensibilidad	Exantema cutáneo como resultado de una reacción inusual a la luz solar, mediante historia del paciente u observación del médico.
Ulceras orales	Ulceración oral o nasofaríngea, usualmente indolora, observada por un médico.
Artritis no erosiva	Afectando 2 o más articulaciones periféricas, caracterizada por hipersensibilidad, inflamación o derrame.
Pleuritis o pericarditis	a.- Pleuritis: historia convincente de dolor pleurítico o frote corroborado por un médico, o evidencia de derrame pleural O: b.- Pericarditis: documentada por electrocardiograma o frote, o evidencia de derrame pericárdico.
Afección renal	a.- Proteinuria persistente >0.5 g por día ó >3+ si no se realizó lectura cuantitativa. O: b.- Cilindros: pueden ser células rojas, hemoglobina, células granulares, tubulares o mixtas.
Afección neurológica	a.- Crisis convulsivas.- En ausencia de drogas desencadenantes o de trastornos metabólicos conocidos, vgr: uremia, cetoacidosis o desequilibrio hidroelectrolítico. O: b.- Psicosis: en ausencia de drogas desencadenantes o alteraciones metabólicas conocidas, vgr: uremia, cetoacidosis o desequilibrio hidroelectrolítico.
Alteraciones hematológicas	a.- Anemia hemolítica con reticulocitosis O: b.- Leucopenia < 4,000/mm <sup>3</sup> en > 2 determinaciones O: c.- Linfopenia <1,500/mm <sup>3</sup> en > 2 determinaciones O: d.- Trombocitopenia < 100,000/mm <sup>3</sup> en ausencia de drogas desencadenantes.
Alteraciones inmunológicas	a.- Anti-DNA: anticuerpos antiDNA nativo en título anormal. O: b.- AntiSm: presencia de anticuerpos para el antígeno nuclear Sm. O: c.- Anticuerpos antifosfolípidos positivos, basados en: 1) un nivel sérico anormal de anticuerpos anticardiolipinas IgG o IgM, 2) una prueba positiva para anticoagulante lúpico, utilizando un método estándar, o 3) un resultado falso positivo por al menos 6 meses y confirmado por inmunización de Treponema Pallidum o prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes para treponema.
Anticuerpos antinucleares positivos	Un título anormal de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia o una prueba equivalente en algún punto en el tiempo, en ausencia de drogas.

Fuente: Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 1997 Sep;40(9):1725.

**Cuadro 2. Clasificación de Artropatía de Jaccoud**

Deformidad	Dedos	Puntuación
Desviación o "ráfaga" cubital	De 1 a 4 dedos	2 puntos
	De 5 a 8 dedos	3 puntos
Deformidad en cuellos de cisne	De 1 a 4 dedos	2 puntos
	De 5 a 8 dedos	3 puntos
Limitación de extensión en articulaciones metacarpofalángicas	De 1 a 4 dedos	1 punto
	De 5 a 8 dedos	2 puntos
Deformidad en "ojal"	De 1 a 4 dedos	2 puntos
	De 5 a 8 dedos	3 puntos
Deformidad de los pulgares en "Z"	1 dedo	2 puntos
	2 dedos	3 puntos
Se habla de artropatía de Jaccoud cuando se cuenta con 5 o más puntos		

Fuente: Lopez Longo FJ. Artropatía de Jaccoud: algo más que Lupus. *Semin Fund Esp Reumatol* 2011; 12:36-41

**Cuadro 3. Características del líquido articular en lupus eritematoso sistémico**

Recuento típico de Leucocitos  $\leq 2,000$  pero puede estar por arriba de 18,000.  
 Polimorfonucleares y linfocitos presentes pero usualmente predominantes los linfocitos.  
 Aspecto claro o ligeramente turbio.  
 Buena viscosidad.  
 Anticuerpos antinucleares y Células LE pueden estar presentes pero clínicamente no son de utilidad.

Fuente: Grossman JM. *Lupus Arthritis . Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2009;23:495-506

**Cuadro 4. Opciones de tratamiento para LES**

Tratamiento/ Indicación	Sin amenaza a órganos	Con amenaza órganos	Inducción en a nefritis	Mantenimiento en nefritis	Enfermedad refractaria
Antimaláricos	+	+	+	+	+
Esteroides	+	+	+	+	+
Micofenolato		+	+	+	+
Azatioprina		+		+	+
Metotrexato		+			+
Leflunomida		+			+
Ciclofosfamida			+		+
Ciclosporina/ tacrolimus					+
Belimumab					+
Rituximab/ otros biológicos					+
Inmunoglobulina IgG/ recambio plasmático					+
Transplante de células tallo					+

Fuente: Merrill JT. *Treatment of Systemic Lupus Erythematosus A 2012 Update. Bull NYU Hosp Jt Dis.* 2012;70:172-176

**Cuadro 5. Evaluación del Riesgo Gastrointestinal.**

Alto
Antecedente de úlcera péptica complicada Empleo de anticoagulantes o Combinación de $\geq 2$ factores de riesgo restantes
Medio
Pacientes no anticoagulados ni con antecedentes de úlcera complicada pero que presentan algún riesgo aislado
Bajo
Pacientes sin factores de riesgo. No toma: ácido acetilsalicílico
Factores de riesgo aceptados: edad $\geq 60$ años, historia de úlcera péptica complicada y no complicada. Uso concomitante de AINE o COXIB con ácido acetilsalicílico, clopidogrel, anticoagulantes, corticoides o inhibidores de la recaptación de serotonina, dosis altas de AINE o 2 AINE, comorbilidad grave.

Fuente: Lanas A, Benito P, Alonso J, Hernández-Cruz B, Barón-Esquivias G, Perez-Aísa Á, et al. Safe prescription recommendations for non steroidal anti-inflammatory drugs: consensus document elaborated by nominated experts of three scientific associations (SER-SEC-AEG). *Reumatol Clin.* 2014 Mar-Apr;10(2):68-84

**Cuadro 6. Estimación del daño renal.**

Estadio	FG (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	Descripción
1	$\geq 90$	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal, ligero descenso del FGe
3	30-59	Descenso moderado del FGe
4	15-29	Descenso grave del FGe
5	<15 o diálisis	Prediálisis/diálisis.

Fuente: Lanas A, Benito P, Alonso J, Hernández-Cruz B, Barón-Esquivias G, Perez-Aísa Á, et al. Safe prescription recommendations for non steroidal anti-inflammatory drugs: consensus document elaborated by nominated experts of three scientific associations (SER-SEC-AEG). *Reumatol Clin.* 2014 Mar-Apr;10(2):68-84

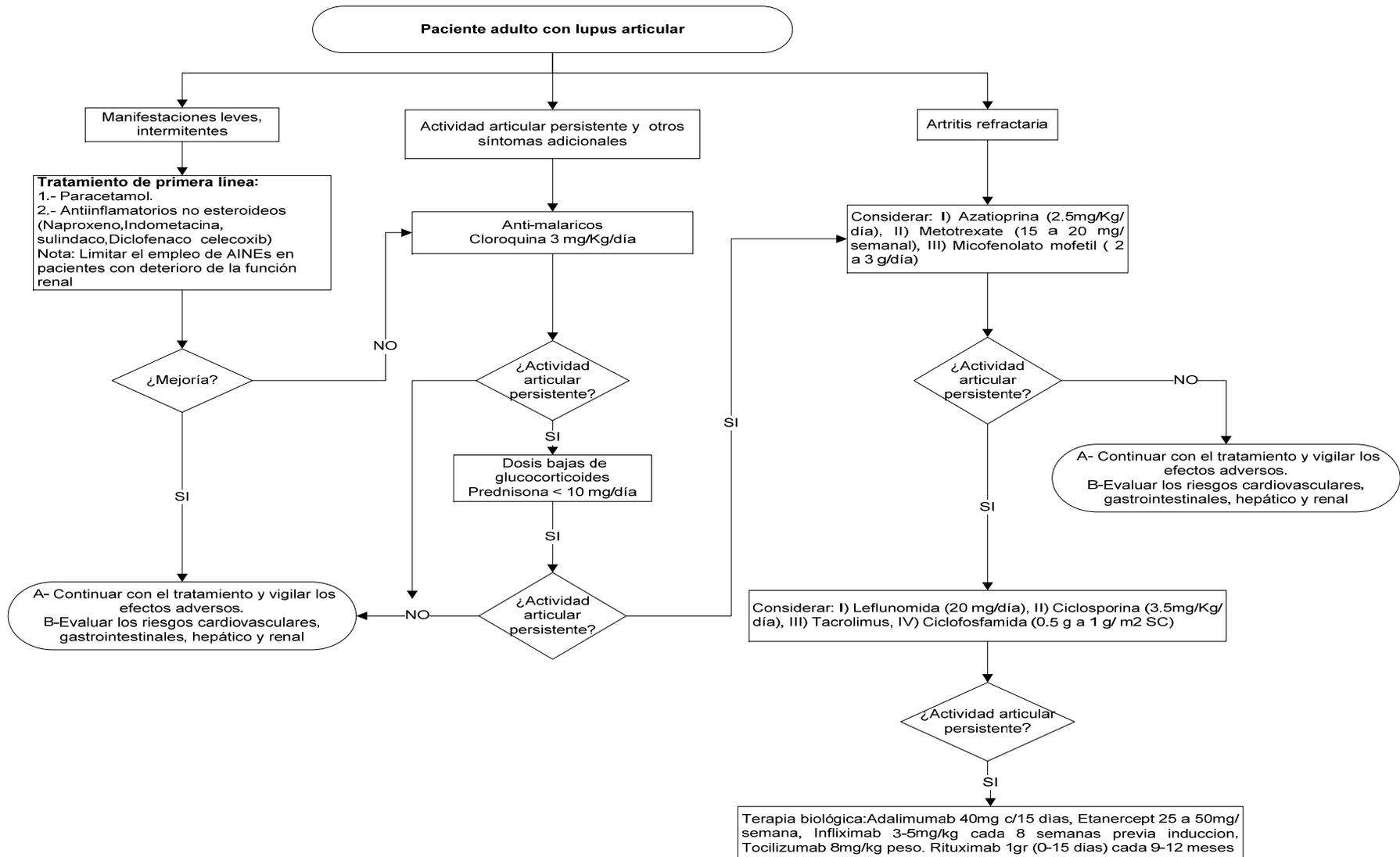
**Cuadro 7. Efectos e interacción de AINE**

Tipo de AINE	Daño GI alto	Daño GI bajo	Necesidad de IBP para proteger el tracto GI	Interacción con AAS o ACO	Riesgo CV
Diclofenaco	++	++	++	+	+++
Inbuprofeno	+++	+++	++	++++	++
Naproxeno	++++	++++	+++	+++	-
Celecoxib	+	+	-	+	++
Etoricoxib	+	++	+	¿?	+++

Fuente: Alcazar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, Gonzalez Parra E, Alvarez Guisasola F, et al. SEN-SEMFYC consensus document on chronic kidney disease. *Nefrologia.* 2008;28:273-82.

Cuando aplique de acuerdo a la versión del RER y al criterio de los autores

## 5. DIAGRAMAS DE FLUJO



Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
2015

ISBN en trámite