



REUMATOLOGÍA

0029 Tuberculosis multi-resistente en paciente con lupus eritematoso sistémico, importancia del diagnóstico diferencial del síndrome febril; a propósito de un caso

Acosta Nayeli, Rivera Alejandro, Gámez Arturo, Casasola Julio César, Prado Mónica, Rivera Dante Jesús

Centro Médico Issemym Ecatepec

Se trata de femenino de 56 años de edad, con los siguientes antecedentes: carga genética para artritis reumatoide, hipertensión arterial por rama materna, y diabetes tipo 2 por abuelos maternos y paternos. Exposición positiva a pacientes con tuberculosis desconoce si eran bacilíferos, hace aprox 8 años. APP: lupus eritematoso sistémico de 24 años de diagnóstico, se desconoce qué criterios diagnósticos iniciales, en tratamiento inicial con cloroquina y prednisona. recientemente solo con prednisona 5mg cada 24 horas. Previamente receptora de múltiples tratamientos inmunosupresores por activada renal, hematológica, dermatológica, inmunológica: ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato de mofetilo. Presento como complicación asociada a terapia para LEG datos de hipercortisolismo en junio de 2015 por lo que se modificó en ese entonces la dosis de prednisona Refiere diagnóstico de nefropatía lúpica clase V, hace aproximadamente 7 años, realizado por biopsia.

Depuración de creatinina: 60ml/min. Antecedente de cuadros diarreicos desde junio de 2015 en revisiones por gastroenterología, en tratamientos con loperamida, cinitaprida, esomeprazol, pinaverio/dimeticona. Alergias: sulfas, indometacina, quinolonas, topiramato. Ingresó al servicio de Medicina Interna por referir fiebre intermitente desde un año previo, inicialmente refirió temperatura hasta 38.3 grados, que disminuía con medios físicos y paracetamol, tuvo dos hospitalizaciones previas para estudio de fiebre donde no se logró identificar cuadro infeccioso, ni se evidenciaron picos febriles, por lo que se egresaba sin tratamiento y descartando datos de actividad lúpica. 3 semanas previas al ingreso la paciente refiere, fiebre constante detectando hasta 40 grados, asociada a pérdida de peso de aproximadamente 5 kilos de manera no intencionada. posteriormente se agregan artralgias generalizadas. por lo que se presenta para protocolo de fiebre de origen a determinar. se obtuvieron urocultivo, coprocultivo, hemocultivos seriados, exudado faríngeo, exudado nasal, exudado vaginal, perfil reumatológico, TORCH, panel viral resultando negativos. Se realiza TAC toracoabdominal encontrando zona de consolidación más infiltrado micronodular, por lo que se realiza broncoscopia con edema en emergencia del segmento 6 izquierdo, se envía muestra a estudio obteniendo Resultado

positivo de Gen-Expert con resistencia a rifampicina. Se inicia tratamiento de segunda línea.

Palabras clave: lupus, tuberculosis, multiresistente.

0044 Arteritis coronaria asociada a IgG4 con formación de pseudotumor tratada con resección quirúrgica y rituximab: seguimiento a nueve meses

Delgado Guillermo¹, Rendón Erick², Colunga Perla³, Sánchez Sergio², Castro Mario⁴, Sáenz Barbara⁵, Galarza Dionicio⁶

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Servicio de Neumología; ³ Servicio de Hematología; ⁴ Servicio de Cirugía Cardiovascular; ⁵ Servicio de Anatomía Patológica; ⁶ Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Previamente reportamos el caso de una paciente del sexo femenino de 44 años de edad, sin antecedentes relevantes, que acudió a la consulta por angina típica de reciente inicio. Como resultado de su abordaje diagnóstico hallamos una lesión tumefacta alrededor de la arteria descendente anterior. Las neoplasias que más comúnmente afectan el corazón de manera metastásica fueron descartadas racionalmente. Sus síntomas persistieron a pesar del tratamiento médico, de modo que la referimos al Servicio de Cirugía Cardiovascular para ser reevaluada. La resección tumoral se realizó con éxito, y



se le hizo asimismo un bypass coronario. De acuerdo con los criterios diagnósticos integrales, subsecuentemente la diagnosticamos con arteritis coronaria asociada a IgG4 con formación de pseudotumor. Su enfermedad se clasificó como activa clínicamente según el Responder Index. Considerando la naturaleza sistémica de su enfermedad, decidimos iniciarle tratamiento. Los corticoesteroides son la primera línea de tratamiento en la enfermedad asociada a IgG4, y han sido utilizados con éxito en pacientes con pseudotumores coronarios. Sin embargo, no los iniciamos en nuestra paciente por el riesgo de trombogenicidad elevada. Una situación clínica similar ya ha sido previamente reportada. Incluso en la ausencia de corticoesteroides, el rituximab es una terapia de inducción efectiva en la enfermedad asociada a IgG4. Por lo tanto, podría ser apropiado como terapia de primera línea en aquellos con contraindicaciones al uso de corticoesteroides. Nuestra paciente fue tratada con dos gramos de rituximab separados por quince días. Dadas las limitaciones de la medición de IgG4 sérica, el recuento total de plasmoblastos en sangre periférica fue recientemente propuesto como un biomarcador para el diagnóstico y monitorización de esta enfermedad. Esta cuantificación se hace a través de una citometría de flujo, y las células CD19+; CD20-; CD27+; CD38+; se clasifican como plasmoblastos.

Antes de administrarle el rituximab, nuestra paciente tenía un recuento total de plasmoblastos de 5480 células/mL. Tres meses después de la segunda dosis de rituximab, este recuento disminuyó a 0 células/mL. Nueve meses después de esta segunda dosis, la paciente continúa teniendo un recuento total de plasmoblastos de 0 células/mL. Del mismo modo, no ha tenido datos clínicos de actividad de la enfermedad, como tampoco ha experimentado efectos adversos asociados al uso de rituximab.

Palabras clave: IgG4, plasmoblastos, arteritis, pseudotumor, rituximab, bypass.

0051 Meningitis recidivante, hematoma intrarraquídeo espontáneo y mielitis transversa como manifestaciones iniciales de lupus eritematoso sistémico

Arriaga Anabel, Treviño Eduardo, Graziano Pablo, Villanueva Araceli, Solís César

Centro Médico ISSEMYM

Introducción: el lupus eritematoso sistémico puede debutar de múltiples formas siendo las alteraciones neurológicas las que más impactan en la calidad de vida del paciente. Femenino de 33 años de edad con antecedente heredofamiliar de diabetes mellitus e hipertensión. Sin crónico degenerativos. Última hospitalización seis meses previos por meningitis complicada con hematoma intrarraquídeo torácico espontáneo que ameritó drenaje quirúrgico con secue-

las de paraplejía. Una semana antes de su ingreso inició con fiebre, somnolencia y bradilalia. A su llegada a Urgencias con temperatura de 38.4°C, rigidez de nuca, desorientación, pancitopenia e infección urinaria y de tejidos blandos ingresando a Medicina Interna. Se realizó tomografía de cráneo sin alteraciones, punción lumbar con 45 células: predominio de polimorfonucleares, hiperproteínorraquia e hipoglucorraquia iniciando antibiótico de amplio espectro. Urocultivo positivo a *E. coli* blee y secreción de ulcera sacra con enterococo faecalis recibiendo tratamiento de acuerdo a antibiograma. Persistiendo con fiebre y deterioro neurológico. Se sospechó meningitis tuberculosa tratada con antifímico y esteroide. Tomografía toracoabdominal con derrame pleural bilateral y hepatoesplenomegalia. Resonancia de cráneo con hiperintensidad basal bilateral. Resonancia de columna toracolumbar sugestiva de mielitis transversa, electroencefalograma normal. Panel viral para VIH y Hepatitis negativo, TORCH positivo a citomegalovirus y herpes simple tratado con valganciclovir 10 días con remisión de la sintomatología. Control de líquido cefalorraquídeo normal pero con empeoramiento de la pancitopenia; se administró filgrastim sin respuesta. PCR para tuberculosis negativa suspendiendo antifímico con recuperación de la neutropenia no así de la trombocitopenia y anemia esta

última de tipo regenerativo con niveles de hierro, ácido fólico y vitamina B normales. Se sospechó etiología autoinmune por agregarse eritema malar y serositis. Anticuerpos antinucleares con títulos de 1:5180 de patrón homogéneo y anticuerpos anti DNA dc: 3874, Coombs directo positivo y complemento bajo integrándose el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Se dio tratamiento con pulsos de Metilprednisolona evolucionando hacia la mejoría. **Conclusión:** este caso destaca la etiología autoinmune como factor predisponente de meningitis de repetición por oportunistas, además de presentación atípica de lupus con hematoma intrarraquídeo y mielitis transversa. **Palabras clave:** lupus, meningitis, hematoma, mielitis, pancitopenia, oportunistas.

0073 Síndrome antisintetasa con presentación clásica en mujer de 60 años: reporte de un caso
Radillo Hugo Alberto
Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa

Introducción: el síndrome antisintetasa es una entidad que integra compromiso intersticial pulmonar (70-96%), polimiositis/miositis, manos de mecánico, fenómeno de Raynaud, fiebre, artritis y títulos elevados de anticuerpos aminoacil ARNt, de los cuales el Anti Jo-1 se identifica más frecuentemente. Se ha identificado un predominio etario entre los 40 y 60 años de

edad, aunque la epidemiología no se ha delimitado en México.

Caso clínico: se trata de mujer de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial desde hace 20 años en control adecuado con IECA y que desde hace 6 meses cuenta con diagnóstico de enfermedad intersticial pulmonar tratada con glucocorticoide y artritis manejada con control sintomático. Se valora por parte de reumatólogo y se descubre que la paciente ha cursado con debilidad, dolor muscular y disnea. En la exploración física destacan manos de mecánico y fenómeno de Raynaud. Al interrogatorio dirigido, se evidencia fiebre y el resto de la sintomatología mencionada desde hace más de 6 meses. Se sospecha el diagnóstico de síndrome antisintetasa y se solicita Ac anti Jo-1, resultando positivos y confirmando el diagnóstico. Se inicia tratamiento con pulsos de ciclofosfamida durante 3 días, mostrando mejoría de la fuerza muscular y función respiratoria desde del primer día de tratamiento. **Discusión:** debido a la frecuencia de la entidad, el clínico suele pasar por alto el diagnóstico de síndrome antisintetasa al abordar al paciente con enfermedad pulmonar intersticial. El caso descrito engloba el espectro clínico clásico, que es complementado por medio de la determinación de anticuerpos antisintetasa.

Palabras clave: síndrome antisintetasa, autoinmune, reumatología, anti Jo-1, manos de mecánico.

0081 Paniculitis gotosa en paciente con úlceras y fiebre

Absalón Erika, Reyes Alan Ledif
Hospital Universitario Dr. José E González, Facultad de Medicina UANL, Departamento de Medicina Interna

Reportamos el caso de masculino de 52 años de edad, con antecedente de alcoholismo crónico inactivo, hipertensión arterial de 1 año de evolución, y gota tofácea diagnosticada desde los 18 años de edad, en tratamiento con losartán, alopurinol, indometacina y metocarbamol, respectivamente, con mal apego a tratamiento. Cuenta con el antecedente de internamiento previo en el servicio de Medicina Interna por presentar las lesiones ulcerosas de base blanca en ambas extremidades en región pretibial anterior, de 1-2cm, con base limpia, fluctuantes al momento de su palpación. Durante su estancia en piso de Medicina Interna; se interconsulta con Dermatología, los cuales realizan biopsia más cultivo de lesión dérmica con *E. coli* BLEE en piel no significativo. Se inicia manejo ambulatorio a base de alopurinol 300mg al día, claritromicina 500 mg cada 12 horas, colchicina 5mg cada 24 horas, losartán 50 mg cada 12 horas, levofloxacino 750mg cada 24 horas, prednisona 5mg cada 24 horas y tramadol 50mg cada 8 horas. Tras no presentar mejoría, regresa al servicio con episodios de fiebre (> 38.5° C) y debilidad, signos vitales estables



con TA 120/70, FC 76 lpm, FR 20 rpm, Oximetría 98% al aire ambiente y temperatura 36.2°C, a la exploración física nuevamente con presencia de dermatosis localizada en extremidades inferiores induradas, amarillentas de evolución aparentemente crónica, simétricas alternando con lesiones polimórficas con placas eritematosas, zonas exulceradas y otras fistulizadas. Se realizaron hemocultivos y tinciones cutáneas como PAS, Grocott, Ziehl-Neelsen y Gram las cuales resultaron negativas. Además, se realiza test de amplificación de ácidos nucleicos (GeneXpert) en piel con resultado de *Mycobacterium tuberculosis*: no detectado. Se realizan biopsias de lesiones ulceradas, que reportan proceso inflamatorio agudo con reacción inflamatoria aguda y cristales birrefringentes bajo luz polarizada consistentes con paniculitis gotosa. Es una rara manifestación de la gota con escasos artículos publicados a nivel mundial, caracterizada por nódulos subcutáneos eritematosos ulcerados con la inclusión de cristales de urato monosódico en zonas no articulares como las piernas y tronco, perpetuadas por interrupción del suministro de sangre, microtraumatismos sobre paredes capilares y de adipocitos. Actualmente no existe terapéutica específica y debe considerarse como diagnóstico en pacientes con historia de gota crónica.

Palabras clave: paniculitis, gotosa, alopurinol, crónica, pretibial.

0097 Enfermedad de Kikuchi Fujimoto en paciente con lupus eritematoso sistémico con presentación atípica

Martínez Arturo Adrián, Pérez María Esther, Cantú Jaime Javier, Sánchez María Teresa
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina

Introducción: la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una patología poco común, descrita por primera vez por dos patólogos japoneses en 1972 (Dumas, et al, 2014), al encontrar casos de adenopatías cervicales con reportes histológicos de linfadenopatía histiocítica necrosante (Ifeacho, et al, 2008). Afecta más a mujeres que a hombres, entre los 20 y los 40 años de edad (Sarré-Álvarez, et al, 2015). Su diagnóstico es por biopsia y suele remitir de 1 a 4 meses con tratamiento sintomático (Aznab, et al, 2015). **Presentación de caso:** femenino de 26 años de edad, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico desde 1 año previo, en tratamiento con hidroxicloroquina, acude por presentar cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre de hasta 39°C, sin predominio de horario, pérdida de peso no cuantificada, hiporexia y leve eritema malar. A la exploración física se palpan plastrones axilares bilaterales, dolorosos, no se palpan adenopatías cervicales o inguinales. Reporte de estudios paraclínicos: anemia normocítica normocrómica y leucopenia, elevación de reactantes de fase

aguda (VSG y PCR), coombs directo positivo, ANA's 1:640 patrón moteado espicular, hipocomplementemia de C4 y C3. Pruebas de función hepática y renal, examen general de orina, ELISA para VIH, perfil viral hepático, serología para virus de Epstein Barr y citomegalovirus, hemocultivos, urocultivo, procalcitonina y radiografía de tórax dentro de parámetros normales. TAC de tórax con contraste: adenopatías axilares bilaterales, con reporte histopatológico de hiperplasia sinusoidal histiocítica y células monocitoides, focos de necrosis, CD68 y CD8 positivos. Diagnóstico definitivo de linfadenitis necrosante con histiocitosis concordante con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. La paciente muestra mejoría completa en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. **Discusión:** lo relevante del caso expuesto es su presentación clínica, así como su asociación con LES, con lo cual reafirma la posible relación entre estas patologías. Existen en la literatura varios casos similares, discrepando en la presentación clínica, con la adenopatía cervical unilateral como la presentación más común, seguida de fiebre. **Conclusiones:** la fiebre de origen a determinar puede tener múltiples etiologías probables. Debido a que la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto no tiene un origen bien identificado, se debe de incluir como posible causa de ésta principalmente en mujeres jóvenes.

Palabras clave: Kikuchi, lupus, fiebre, linfadenopatía, autoinmunidad, atípica.

0104 Hepatitis lúpica en el contexto de choque séptico y lupus eritematoso generalizado, a propósito de un caso

Compeán Jesús Eduardo, López Cristina Anahí, Contreras Héctor Jesús

Instituto Mexicano del Seguro Social

El término hepatitis lúpica se emplea para definir la enfermedad hepática autoinmune asociada a lupus, en la cual los autoanticuerpos ayudan a distinguirla de la hepatitis autoinmune. Aunque los anticuerpos antinucleares se pueden ver en ambas condiciones, anticuerpos anti-músculo liso y antimitocondriales son raros en el lupus, por tanto, su presencia indica hepatitis autoinmune. Se trata de masculino de 52 años de edad, con antecedente de etilismo en cantidades no cirrogénicas, no otras toxicomanías, síndrome nefrítico e insuficiencia hepática crónica de 1 año de evolución, protocolo de estudio abandonado por el paciente, laboratorios previos con perfil tiroideo normal, hipergammaglobulinemia policlonal, trombocitopenia, leucopenia con linfopenia, hipocomplementemia, serología viral negativa para VIH, VHC, VHB, proteinuria en rangos no nefróticos, eritrocituria glomerular, anticuerpos antinucleares y Anti-Ro positivos, catalo-

gándose así como portador de Lupus eritematoso generalizado. Acude por presentar fiebre persistente durante 48 hrs, múltiples evacuaciones diarreicas, náusea, vómito, alteración del estado mental, somnolencia. A su ingreso con falla renal, hematológica y hepática, dados antecedentes se inician bolos de metilprednisolona, sin respuesta por lo que requirió terapia de reemplazo renal. Se inicia esquema antibiótico empírico de amplio espectro, presentando evolución tórpida, progresando a choque séptico requiriendo manejo avanzado de la vía aérea, sólo se documentó infección del tracto urinario, no explicando por si sola falla multiorgánica, aunque con procalcitonina elevada. Remite respuesta inflamatoria sistémica, pero persiste con leucocitosis y falla hepática progresiva, se amplía panel inmunológico, anticuerpos antimitocondriales y anti-músculo liso negativos. Dada la alta sospecha de actividad lúpica y no ser candidato a plasmaféresis por estado hemodinámico se inicia inmunoglobulina, sin respuesta a la misma, progresando a deceso del paciente. Dado que la afectación hepática en el paciente con lupus no es una condición habitual, puede ser progresiva y severa, la cual debe ser protocolizada para su identificación y tratamiento oportunos, dado su traslape con otros síndromes y, como en el caso, con trastornos concomitantes.

Palabras clave: lupus, choque, sepsis, hepatitis, autoinmune, antimitocondriales.

0112 Poliangeítis granulomatosa con hipoacusia: reporte de un caso

Jaimes Kathia María, Guevara Ana Patricia Georgina, Rojas Alfarabi, Abud Jorge Hafid, Lara Ángel Admin

Centro Médico ISSEMYM

Se trata de paciente masculino de 36 años, originario de Ecatepec y residente de Toluca, Estado de México. No cuenta con antecedentes crónico-degenerativos o exposicionales. Inicia su padecimiento actual con otalgia derecha de intensidad 10/10 de tipo intermitente, punzante, sin irradiaciones, presenta además acúfeno bilateral, constante, que interfiere con la comunicación, tres días después se agrega hipoacusia bilateral, constante, súbita, niega fiebre, vertido, cefalea, otorrea, traumatismos, otorragia u otros, se realiza audiometría la cual reporta oído derecho con restos auditivos e izquierdos con hipoacusia profunda de características conductivas. Se diagnostica como otitis media aguda bilateral que es tratada con analgésicos y quinolonas. Acude a revisión 10 días después donde se encuentra con hipoacusia bilateral, no progresiva, que interfiere con la comunicación y discriminación fonética, fiebre de 38.7° acompañado de artralgias, mialgias y aumento de volumen de la



extremidad derecha. Acude al servicio de urgencias donde se encuentra saturación del 87%, hemodinámicamente inestable que requiere reporte de aminas, paraclínicos que reportan leucocitosis, trombocitosis, transaminasemia, sin datos de lesión renal, estudios de gabinete con radiografía de tórax con datos de infiltrado alveolar difuso bilateral de predominio derecho y tomografía de tórax simple, en ventana "Lung" con presencia de hiperdensidad en ambas bases con patrón de llenado alveolar con imagen en vidrio despulido que sugiere probable enfermedad intersticial, clasificándose como neumonía atípica, por lo que se decide su hospitalización. En paraclínicos de control se observa disminución de la hemoglobina de 2g por lo que se decide solicitar broscoscopia que reporta hemorragia pulmonar difusa de ambos lóbulos inferiores, de predominio izquierdo con hemorragia activa y hemorragia no activa derecha. Se inicia tratamiento con 5 bolos de metilprednisolona con lo cual presenta mejoría clínica, estabilidad hemodinámica, disminución de cuenta leucocitaria, disminución de dificultad respiratoria y mejoría de la agudeza auditiva. Se propone biopsia renal, la cual no es aceptada por el paciente; resultado de C-ANCA positivo, por lo que se diagnostica con poliangeitis granulomatosa.

Palabras clave: hipoacusia, hemorragia, alveolar, granulomatosis, poliangeitis, Wegener.

0136 Asociación entre el SLEDAI 2K y la presencia de síndrome metabólico en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², García Oscar Alejandro¹, Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen mayor frecuencia de síndrome metabólico (SM) y riesgo cardiovascular RCV que la población en general. **Material y métodos:** se estudiaron 102 pacientes con el diagnóstico de LES según los criterios SLICC 2012, la actividad de la enfermedad fue evaluada mediante SLEDAI 2K. Se estableció la presencia del SM de acuerdo con los criterios NECPATP III. Las variables categóricas fueron comparadas con Chi cuadrada y las continuas con U de Mann-Whitney o T de Student. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante para determinar la asociación de las variables y el SM. **Resultados:** el 41,1 % presentaron SM (60% de los hombres y 39,1% de las mujeres). Las principales alteraciones fueron la hipoalipoproteinemia (75,5%), el perímetro abdominal aumentado (62,7%) y la hipertrigliceridemia (59,8%). Los pacientes con LES y SM se asociaron con un mayor índice de masa corporal, perímetro abdominal aumentado,

mayor frecuencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo y concentraciones elevadas de proteína C reactiva, glucosa y triglicéridos. Se observó que a mayor número de componentes del SM existía una mayor actividad de la enfermedad. Un SLEDAI 2K ≥ 4 se asoció independientemente con la presencia de SM (RR 2,89; IC 1,21-6,89; p 0,017) El uso de hidroxiquina se asoció de manera independiente con la ausencia de SM (RR 0,48; IC 0,19-0,39; p 0,14). Se encontró significancia entre la actividad de la enfermedad y la hipoalipoproteinemia (p 0,007) y la hipertrigliceridemia (p 0,035). **Discusión y Análisis:** El SM puede estar asociado a una mayor actividad debido a que la inflamación se relaciona de manera directa con un aumento de la frecuencia de los factores de RCV tradicionales como son la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina y la dislipidemia. El beneficio de la hidroxiquina sobre una menor frecuencia de SM puede deberse a que se ha asociado con un menor desarrollo de nefropatía lúpica, la cual es un factor de RCV, además se ha observado una mejoría en el perfil lipídico disminuyendo el índice aterogénico, al inhibir la hidrólisis de ésteres de colesterol en los lisosomas aumentando el pH e inactivar las proteasas ácidas. **Conclusiones:** existe una alta frecuencia de SM en las pacientes con LES la cual está asociada con

la actividad de la enfermedad. Es importante primar el empleo de hidroxiclороquina ya que disminuye el RCV.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, actividad de la enfermedad, SLEDAI 2K, síndrome metabólico.

0138 Efecto de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) sobre el perfil lipídico en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: la dislipidemia (DLP) es una comorbilidad frecuente en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Es favorecida por la obesidad central, síndrome nefrótico, glucocorticoides e inmunosupresores. **Material y métodos:** se incluyeron 51 pacientes. Se registraron el perfil de lípidos y los fármacos empleados. Se empleó Chi cuadrada para las variables categóricas. Se realizó ANOVA y un modelo de regresión logística para determinar la asociación de las variables con la presencia de DLP. **Resultados:** el 68,6% presentó DLP. El 52,9% presentó descenso del c-HDL, el 35,3% elevación de triglicéridos y el 19,6% elevación del c-LDL. Se encontró diferencia significativa entre la presencia

de DLP y nefropatía lúpica (p 0,02) y el uso de prednisona ≥ 20 mg/día (p 0,0009). Se encontró significancia entre la ausencia de DLP y el empleo de hidroxiclороquina (p 0,02). No se encontró diferencia entre la DLP y el uso de micofenolato (p 0,28) o azatioprina (p 0,17). Los pacientes que emplearon hidroxiclороquina tuvieron medias de c-HDL $43,6 \pm 11,9$, triglicéridos de $187,9 \pm 95,1$ y c-LDL de $112,3 \pm 51,9$. Los pacientes que emplearon glucocorticoides > 20 mg/dL tuvieron medias de c-HDL $37,1 \pm 9,1$ (p 0,001), c-LDL $123 \pm 51,1$ (p 0,38) y de triglicéridos $216,2 \pm 115,4$ (p 0,04). El uso de prednisona > 20 mg/día (RR 6,67; IC 1,63-5,67; p 0,036) independientemente con la presencia de DLP y el uso de hidroxiclороquina (RR 0,18; IC 0,38-0,9 p 0,02) con la ausencia. **Discusión y Análisis:** Las terapias a largo plazo con glucocorticoides ocasionan DLP, obesidad central, hipertensión arterial y resistencia a la insulina. Se ha asociado con elevación de c-LDL, pero no de la c-HDL, con la consiguiente elevación de los triglicéridos y colesterol total. La hidroxiclороquina ha demostrado tener un efecto benéfico en el perfil de lípidos, pacientes con LES que emplean antimaláricos presentaron valores más bajos de colesterol total, triglicéridos y c-LDL. El empleo de 200-400 mg/día de hidroxiclороquina disminuye el c-LDL en un 15% respecto a los valores basales y aumenta el mismo porcentaje los

niveles de c-HDL. **Conclusiones:** existe una gran prevalencia de DLP en los pacientes con LES, la cual es uno de los principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica, por lo que es importante conocer cómo influye el tratamiento en la DLP. Siendo necesario disminuir en la medida de lo posible el empleo de glucocorticoides y primar el uso de hidroxiclороquina.

Palabras clave: FARME, lupus eritematoso sistémico, perfil lipídico.

0139 Beneficios del empleo de hidroxiclороquina sobre el perfil de lípidos en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan mayor prevalencia de dislipidemia (DLP), situación que se ve influenciada por el tratamiento empleado. **Material y métodos:** se incluyeron 82 pacientes, a quienes se les determinó el perfil lipídico. Se empleó Chi cuadrada para las variables categóricas y la prueba de Mann-Whitney para las continuas. Se realizó un modelo de regresión logística para determinar la asociación de las variables con la presencia de dislipidemia. **Resultados:** El 54,9% presentó



DLP. El 26,8% presentó descenso del c-HDL, el 24,4% elevación de triglicéridos y el 40,2% elevación del c-LDL. La media de los triglicéridos fue $171,9 \pm 57,2$, la del c-HDL fue $46,8 \pm 8,4$ y la del c-LDL fue $116 \pm 34,6$. Se encontró significancia entre la presencia de DLP y factor reumatoide positivo (0.005), obesidad (0.007), remisión de la enfermedad (0.037), $\text{PCR} \geq 2$ mg/dL (0.024). Se encontró significancia entre la ausencia de DLP y el uso de hidroxiquina (HCQ) (0,02). No se encontró diferencia entre la DLP y el uso de metotrexato (0,14), glucocorticoides (0,05), leflunomida (0,79) o azatioprina (0,17). La obesidad (RR 4.79, IC 95% 1.5-5.1; p 0.008) se asoció independientemente con la presencia de DLP y el uso de hidroxiquina (RR 0.31, IC 95% 0.1-0.92; p 0.035) con la ausencia. **Discusión y análisis:** el uso de HCQ se asocia de manera independiente con la ausencia de DLP, esta observación concuerda con lo informado en otros estudios. En un estudio realizado en pacientes con el diagnóstico de AR se encontró asociación entre el empleo de HCQ y bajos valores de colesterol, triglicéridos, y c-LDL. El mecanismo por el cual la HCQ produce beneficio sobre el perfil de lípidos es incierto. Posee un efecto antiinflamatorio débil, por lo cual es poco probable que el beneficio sobre los lípidos se deba al control de la inflamación. Se ha encontrado que la cloroquina puede inhibir la

biosíntesis de colesterol en hepatocitos de ratas, de igual manera inhibe la hidrólisis de ésteres de colesterol en los lisosomas al aumentar el pH e inactivar las proteasas ácidas. Por esta razón se puede pensar que la HCQ emplea un mecanismo semejante a la cloroquina para producir una mejoría en el perfil lipídico.

Conclusiones: los pacientes con AR presentan un perfil de lípidos proaterogénico. Se ha observado que el empleo de HCQ mejora el perfil de lípidos, con lo cual disminuye el riesgo cardiovascular.

Palabras clave: hidroxiquina, artritis reumatoide, perfil de lípidos.

0140 Relación entre el síndrome metabólico y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², García Oscar Alejandro¹, Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: existe una alta prevalencia del síndrome metabólico (SM) en los pacientes con artritis reumatoide (AR), la cual participa en el aumento del riesgo cardiovascular (RCV).

Material y métodos: se estudió a 166 pacientes con el diagnóstico de AR según los criterios ACR/EULAR 2010. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAS-28 PCR y se esta-

bleció la presencia de SM según los criterios de NCEP ATP-III. Las variables categóricas fueron comparadas con Chi cuadrada. Las variables continuas fueron comparadas con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney o con prueba T de Student. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante para determinar la asociación de las variables estudiadas. **Resultados:** el 51,8% presentó SM (53,5% de las mujeres y el 22,2% de los hombres). Las principales alteraciones fueron aumento del perímetro abdominal (68,1%), hipoalfalipoproteinemia (60,2%) e hipertrigliceridemia (55,4%). Se observó que los pacientes con mayor actividad eran más propensos a tener SM. La actividad de la enfermedad se asoció con la presencia de SM (p 0,007). Se observó que a mayor actividad los pacientes presentaron mayor número de componentes del SM. Un DAS-28 PCR $\geq 2,3$ se asoció de manera independiente con el desarrollo de SM (RR 1,23; IC 1,64-2,35; p 0,028) y el uso de metotrexato se asoció de manera independiente con la ausencia de SM (RR 0,43; IC 0,19-0,96; p 0,04). Se encontró significancia entre la actividad de la enfermedad y la tensión arterial sistólica ≥ 130 mmHg (p 0,018), hipoalfalipoproteinemia (p 0,001) e hipertrigliceridemia (p 0,003). **Discusión y Análisis:** la actividad de la enfermedad se asocia con SM ya que la inflamación se relaciona con mayor frecuencia de dislipidemia, hi-

pertensión arterial y resistencia a la insulina. Por otra parte, estos pacientes requieren de mayores dosis glucocorticoides, los cuales se han asociado con mayor riesgo de SM. Es bien sabido el efecto en la disminución del riesgo cardiovascular que tiene el metotrexato al asociarse con un mejor perfil lipídico con menores concentraciones de triglicéridos y mayores de c-HDL, así mismo se ha asociado con una disminución de la resistencia a la insulina y menores concentraciones de glucosa. **Conclusiones:** existe una alta frecuencia de SM en los pacientes con AR la cual se puede asociar a la actividad de la enfermedad, ya que ésta puede estar relacionada con una mayor hipertensión arterial sistólica, hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia.

Palabras clave: síndrome metabólico, actividad de la enfermedad, DAS-28 PCR, artritis reumatoide.

0141 Importancia de los factores de riesgo cardiovascular no tradicionales en los pacientes con lupus eritematoso sistémico

Batún José Antonio De Jesús¹, Salas Marisol², Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen mayor frecuencia de factores de riesgo cardio-

vascular (RCV) tradicionales, aunado a ello la presencia de factores no tradicionales aumenta la probabilidad de eventos cardiacos. **Material y métodos:** se estudiaron 51 pacientes con el diagnóstico de LES según los criterios SLICC 2012, se calculó el RCV de Framingham. Se realizó la razón de momios para determinar el peso específico de los factores de RCV. **Resultados:** factores RCV no tradicionales: el 90,1% tomaban glucocorticoides, 70,6% presentaron niveles bajos de C3, 66,7% tuvieron PCR > 2 mg/L, 56,9% tenían > 4 puntos de SLEDAI-2K, 41,2% presentaron niveles bajos de C4, 29,4% tenían más de 10 años de duración de la enfermedad, 25,5% tenían nefritis lúpica. Con lo que respecta a la presencia de anticuerpos asociados a RCV el 58,8%, 9,8%, 74,8% y el 3,9% presentaron anti-Smith, anticoagulante lúpico, anti-beta2glicoproteína I, anticardiolipinas positivos respectivamente. Los factores tradicionales con mayor peso de RCV grave de Framingham fueron edad > 40 años (RR 5,7; IC 2,45-12,5), hipertensión arterial (RR 4,4; IC 1,99-9,7) y colesterol total mayor > 200 mg/dL (RR 3,3; IC 1,2-8,9). Con lo que respecta a los no tradicionales se encontraron pesos disminuidos con un SLEDAI 2K (RR 0,22; IC (0,06-0,7 uso de prednisona (RR 0,39; IC (0,19-0,8) y PCR > 2 mg/dL (RR 0,69 (0,5-0,97). **Discusión y Análisis:** Nuestro estudio demuestra que la puntuación de riesgo

Framingham subestima el RCV en el LES. Los factores tradicionales tuvieron mayor frecuencia y diferencias significativas para un RCV moderado-grave. Los pacientes que presentaron riesgo leve, tenían mayor frecuencia de factores de RCV no tradicionales. La importancia de esto se debe a que los factores no tradicionales aumentan la morbi-mortalidad por causas cardiovasculares en pacientes con enfermedades autoinmunes o inflamatorias. Al establecer una relación de momios entre estos factores y el RCV grave, se encontró asociación negativa, con lo que se confirma la poca utilidad de este tipo de escalas de riesgo, al no incluir factores asociados a la enfermedad y la inflamación, los cuales incluso se encuentran más frecuentes en pacientes con RCV estadiado como leve. **Conclusiones:** es importante diseñar nuevas estrategias para determinar el RCV en los pacientes con enfermedades inflamatorias, y con ello disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave: riesgo cardiovascular, lupus eritematoso sistémico, riesgo Framingham.

0143 Proteína C reactiva como marcador de riesgo cardiovascular y su asociación con el índice aterogénico en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², García Oscar Alejandro¹, Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹



¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Antecedente: la proteína C reactiva ultrasensible (PCR-Us) es un reactante de fase aguda que se ha asociado con el desarrollo de aterosclerosis y con el riesgo cardiovascular (RCV). **Material y métodos:** se estudiaron 166 pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) según los criterios ACR/EULAR 2010. Se determinaron las concentraciones séricas de PCR-Us y se compararon con los factores de RCV tradicionales y no tradicionales y con el tratamiento empleado. Las variables continuas se compararon con la t de student o la U de Mann-Whitney. Las variables categóricas fueron comparadas con Chi cuadrada.

Resultados: el 54,8% presentó PCR-Us ≥ 10 mg/L y el 45,2% < 10 mg/L. Con una PCR-Us media de 62,27 mg/L para los pacientes con PCR-Us ≥ 10 mg/L y de 3,02 mg/L para los < 10 mg/L. Se encontró diferencia significativa entre concentraciones elevadas de PCR-Us y valores elevados de c-HDL ($< 0,000$), edad (0,030), presencia de diabetes mellitus (0,026), factor reumatoide positivo (0,004), triglicéridos ($< 0,003$), mayor actividad de la enfermedad (0,001) y presencia de síndrome metabólico (0,032). Se encontró un RCV de Framingham bajo (0,004) con menores concentraciones de PCR-Us y riesgo moderado (0,032) a mayores

concentraciones. Se encontró un índice bajo de Castellí (0,009) y de Kannel ($< 0,000$) a menores valores de PCR-Us. Los pacientes que emplearon hidroxyclorequina (0,030) y metotrexato (0,026) tuvieron menores concentraciones de PCR-Us, ocurriendo lo contrario con aquellos que emplearon glucocorticoides (0,012). **Discusión y Análisis:** los valores de PCR se elevan con los procesos de inflamación. Por otra parte la inflamación crónica está asociada con el desarrollo de aterosclerosis, por lo tanto se puede establecer una relación entre la concentración de PCR y RCV. Encontramos una significancia entre las concentraciones de PCR-Us y un mayor índice de Castellí y Kannel, no así con el índice Triglicéridos/c-HDL debido a que los pacientes con PCR-Us ≥ 10 mg/dL a pesar de que tuvieron mayores concentraciones de triglicéridos, también presentaron mayores concentraciones de c-HDL. Por lo cual consideramos que en los pacientes con inflamación crónica, con mayor actividad y con PCR-Us elevada son de mayor utilidad los índices de Castellí y Kannel para determinar el riesgo aterogénico. **Conclusiones:** la PCR-Us es un biomarcador accesible, lo cual nos permite tener una herramienta más para un adecuado control de nuestros pacientes y para disminuir el RCV.

Palabras clave: proteína C reactiva, riesgo cardiovascular, artritis reumatoide, índice aterogénico.

0157 Miocarditis asociada a enfermedad de Still del adulto (AOSD): reporte y seguimiento prospectivo a 9 meses de un caso tratado satisfactoriamente con esteroides y metotrexate

Mena Blanca Aurora², Sepúlveda Jesus², Cruz Mario², Diestel Tania², Hernández Cecilia¹, Ocaña Manuel de Jesús²

¹ Hospital Juárez de México; ² Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: la AOSD es un síndrome autoinflamatorio caracterizado por fiebre elevada, rash evanescente, artritis y en algunas ocasiones, afección multiorgánica. La miocarditis es una complicación grave que se presenta en el 7% de los casos de AOSD. Se reporta un caso de miocarditis asociada a AOSD y el seguimiento prospectivo a 9 meses. **Caso:** hombre de 20 años, sin antecedentes relevantes para el padecimiento. Ingresó por cuadro clínico de 3 semanas caracterizado por fiebre alta, rash evanescente, artralgias simétricas y odinofagia. Se inició protocolo de fiebre de origen desconocido. Dentro de los estudios, se reportó una PCR 19.65 mg/dl, VSG 47mm/hr, Leucocitos 21,940/mm³ (14,041 neutrófilos) y ferritina de 5289 ng/ml. Por imagen se documentó hepatoesplenomegalia, derrame pleural y linfadenopatías inguinales. Los estudios de extensión para infecciones y enfermedades inflamatorias fueron negativos. Durante la estancia presentó

disnea súbita y dolor precordial, documentándose alteraciones por ECG, elevación de CKMB, troponina T, dímero D (>5000 ng/ml) y acentuación de la ferritinemia (>11270 ng/ml). Se realizó ECOTT que mostró disfunción sistólica con FEVI 48% y miocardio hiperrefringente sugestivo de miocarditis. Se consideró el caso como una AOSD, por cumplir con criterios de clasificación de Yamaguchi y Fautrel. Por la severidad del cuadro se otorgó tratamiento con metilprednisolona a dosis de 15 mg/kg/d por 5 días, así como metotrexate (mtx) 25 mg/sem. Tuvo una evolución clínica favorable egresando a su domicilio con tratamiento a base de prednisona oral a 2.5 mg/kg/d y mtx 25 mg/sem. Durante el seguimiento, se tituló a la baja el esteroide oral suspendiéndose a los 6 meses, continuando tratamiento con mtx a 25 mg/sem. La disminución de la ferritina sérica, proteína C reactiva y eritrosedimentación se alcanzó a los 4 meses posteriores al inicio del tratamiento. A los 9 meses de seguimiento, el paciente no ha presentado nuevas recaídas. **Discusión:** la miocarditis por AOSD requiere de un diagnóstico y tratamiento agresivo para mejorar el pronóstico de la enfermedad. Evidencia reciente recomienda el uso de terapia biológica en éste tipo de manifestaciones, sin embargo, el acceso a éstos fármacos es limitado. Éste caso presentó una buena respuesta al tratamiento agresivo con esteroide a dosis altas y metotrexate,

manteniéndose en remisión a los 9 meses. Sin embargo, dado el riesgo alto de recaídas, es necesario vigilar estos casos de forma estrecha.

Palabras clave: enfermedad de Still del adulto, miocarditis, metotrexate, esteroides.

0167 Derrame pericárdico como presentación inusual de lupus eritematoso sistémico en un paciente de sexo masculino

Vásquez Enzo Christopher¹, Venegas Ángel Verner¹, Leal Gustavo¹, Olvera Arturo¹, Carrillo Ana Laura², Martínez Pedro Iván²
¹ Servicio de Medicina Interna; ² Servicio de Admisión Continua. UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS, Ciudad de México

Introducción: en el lupus eritematoso sistémico, el género puede influenciar la expresión clínica y serológica ya que los hombres tienen afectación más severa por la enfermedad. Existen varias razones para la mayor prevalencia en el género femenino, entre éstas la susceptibilidad genética (al menos 3 variantes genéticas están localizadas en el cromosoma X), las hormonas, ya que la testosterona es inmunosupresora (disminuye la respuesta humoral y celular) y los estrógenos estimulan la respuesta inmune.

Caso: masculino de 45 años con malestar general, fiebre intermitente de 40°C, sin predominio de horario. Se agregaron artralgias y aumento de volumen en

articulaciones metacarpofalángeas, interfalángeas proximales, codos, rodillas, hombros, fotosensibilidad, odinofagia con intolerancia a líquidos, pérdida de peso de 8 kg. en un mes y espuma en la orina. Días después presentó dolor en cara anterior de tórax y disnea, por lo que fue hospitalizado y fue tratado con ciprofloxacino por probable neumonía. Se realizó ecocardiograma en donde mostraba derrame pericárdico de 800 cc en situación posterior sin repercusión hemodinámica y mecánica; por lo cual no se realizó pericardiocentesis. Para descartar proceso inflamatorio infeccioso le realizaron gammagrama con galio que resultó negativo. Laboratorio: glucosa 86 mg/dl, creatinina 0.56 mg/dl, albúmina 2.3 g/dl, LDH 327 U/L. Examen general de orina: leucocituria, hematuria, y proteinuria. Depuración de creatinina 146 ml/min, proteínas 530 mg/24 hrs. TP 14.9, TTP 43.7, factor reumatoide 15.7 UI/ml, PCR 81.2 mg/dl. C3 56 mg/dl (bajos), C4 14 mg/dl (límite bajo). Serología viral negativa. Se determinaron ANAs ante la sospecha de LES, con resultado 1:640; patrón homogéneo. antiDNA: 1: 40 (crithidia luciliae). Iniciándose terapia con esteroides, antimalárico y azatioprina; observando remisión de las manifestaciones clínicas. **Conclusión:** el derrame pericárdico llega a presentarse en el 24 % de los pacientes con LES y se asocia a niveles bajos de albúmina y de complementos



to, así como de elevación de PCR. Este paciente inició con afectación renal, serositis, artritis y manifestaciones cutáneas y constitucionales; las cuales se describen como manifestaciones de presentación en hombres e implican un peor pronóstico para la evolución clínica.

Palabras clave: lupus, derrame pericárdico, debut lupus, LES hombre, anti DNA DS, afectación severa.

0169 Vasculitis cutánea P-ANCA asociada: reporte de caso

Wah Martin, Villarreal Miguel
HU-UANL

Se detalla el caso de un paciente femenino de 25 años de edad con lesiones cutáneas en piernas caracterizadas como dermatosis localizada en extremidades inferiores, de aspecto ulcerado. Se encuentra un paciente de habitus exterior obeso, asociada a acantosis nigricans en pliegues del cuello y axilas, leve eritema del tabique nasal, además de las lesiones ulceradas en espalda a la altura de L3 y otra en la región interglútea. Se encuentra lesión ulcerada extensa con bordes en sacabocados, dolorosa 8/10, crónica, asimétrica, extendiéndose en toda la circunferencia de la pierna derecha en su tercio medio. Entre las consideraciones diagnósticas se encontraron úlceras infectadas secundarias a celulitis, infecciones por hongos o micobacterias, ectima gangrenoso o pioderma gangrenoso; lupus eritematoso generalizado,

vasculitis y síndrome antifosfolípidos. Otra consideración fue insuficiencia arterial. Se realiza BH, QS, ESC encontrándose anemia normocítica, normocrómica, leucocitosis, trombocitosis reactiva e hiperglucemia, además de EGO con bacteriuria y eritrocitos. Pnel viral negativo (HepB, HepC y HIV), cuantiferon (-), prueba inmunológica de embarazo (-), VSG y PCR elevadas (48mm/hr y 5.5 mg/dL). En los paneles reumatológicos anticuerpos anti IgG, IgA e IgM negativos, anticuerpos antifosfatidilserina IgG, IgA e IgM negativo, anticardiolipinas IgG, IgA e IgM (-), anticuerpos ANA por Hep-2 negativo patrón 1:40 nuclear y 1:40 citoplasmático, complemento dentro de rangos normales, C-ANCA (-), P-ANCA (+) 1:40. con anticuerpos anti-PR3 normales y anti-MPO elevados. Se realiza hisopado de sitio de lesión ulcerada encontrándose positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, sensible a ciprofloxacino. Se realiza asimismo estudios encontrándose de manera relevante radiografía de tórax normal, ultrasonido renal normal, tac de senos paranasales sin alteraciones y tac de cuello contrastado con engrosamiento y estenosis de región subglótica. Tras realizar una biopsia de la región ulcerada de la pierna se realiza el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. Al hacer simultáneamente a la biopsia el abordaje clínico del paciente se le cataloga como vasculitis P-ANCA asociada

MPO (+), asociada a infección por pseudomona aeruginosa. Se le da manejo con antibiótico a la infección de las úlceras y de los glúteos, asimismo se inicia tratamiento con inmunosupresores para el control de la vasculitis incluyendo esteroides y ciclofosfamida. La paciente se da de alta al terminar esquema.

Palabras clave: vasculitis cutánea anca (+), úlceras, pioderma gangrenoso.

0182 Síndrome de Parry Romberg. Reporte de un caso clínico

Hernández Jaime Enrique², Colli Mariana Berenice², Lara Alejandra¹, Aguilar Sandra Haide²

¹ IMSS HGZ No. 48. Cd de México; ² Hospital General de México

Introducción: el síndrome de Parry Romberg es una forma de esclerodermia localizada rara, caracterizada por atrofia facial unilateral que afecta piel, tejido celular subcutáneo, músculos y estructuras osteocartilaginosas. De etiología desconocida y presentación esporádica, frecuente en mujeres, con inicio en la 1ª década de la vida, de progresión lenta, cursando posteriormente con quiescencia. Han descrito asociaciones sistémicas, presentándose como epilepsia, migraña, atrofia cerebral, enoftalmos, uveítis, vasculitis retiniana y neuritis del nervio óptico. **Presentación del caso:** mujer de 33 años de edad, con antecedentes de esclerosis sistémica variedad difusa en tía paterna y prima. A la edad de 4

años presenta signos de atrofia hemifacial derecha, con progresión a región frontoparietal derecha, cuero cabelludo, cara y cuello. Se realiza expansor de cuero cabelludo a los 15 años, lipoinyección facial a los 30 y 32 años. A la edad de 30 años, presenta extensión de lesiones a la mandíbula, por lo que recibe tratamiento por 1 año con prednisona y metotrexate, con mejoría notable, suspendiéndolo por Síndrome de Cushing e intolerancia. Es valorada por padecimiento de 6 meses con cefalea hemicraneana derecha, intensa, pulsátil y esporádica asociada a disminución de la agudeza visual de ojo derecho. No se presentan crisis convulsivas ni déficit neurológico focal. Clínicamente no se corrobora disminución de agudeza visual, afección en los reflejos oculares ni ninguna otra alteración a nivel oftalmológico. Se realiza resonancia de cráneo, donde se encuentran asimetría frontoparietal derecha; en parénquima cerebral, señal aumentada en sustancia blanca profunda y subcortical frontal derecha, con borramiento de surcos secundario a edema, sin reforzamiento anormal con contraste. Se decide realizar tratamiento con pulsos de metilprednisona, con lo que se obtiene mejoría de sintomatología descrita. **Conclusión:** el síndrome de Parry Romberg se ha asociado a manifestaciones sistémicas: neurológicas y oftalmológicas. Se desconoce la fisiopatología, sin embargo, se

propone la autoinmunidad como probable causa. La paciente cursó con evolución típica caracterizada por fibrosis cerebral y con mononeuritis óptica asociada que respondió al tratamiento inmunosupresor.

Palabras clave: Parry, Romberg, esclerodermia, localizada.

0192 Síndrome de Ormond. Reporte de un caso

Radillo Hugo Alberto

Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

El síndrome de Ormond, consiste en la fibrosis idiopática del retroperitoneo que compromete estructuras anatómicas y da lugar a la presentación de clínica inespecífica a expensas de los uréteres, los polos inferiores del riñón, intestino delgado y grueso, la vasculatura mesentérica, celiaca y aorta torácica. Los signos y síntomas presentes en el síndrome de Ormond van desde la presentación de dolor abdominal, edema de miembros inferiores, trombosis venosa profunda, fiebre y flebitis. Pese a lo anterior, la obstrucción del tracto urinario a nivel ureteral es la forma de compromiso más frecuente y la que se manifiesta de manera más temprana. Se presenta el caso de un masculino de 30 años de edad y antecedente de 2 años de dolor abdominal generalizado abordado por múltiples médicos como cuadros gantroentéricos, así como infecciones de vías urinarias de repetición. No cuenta con otros

antecedentes de importancia. Al ser atendido por nuestro servicio, se denota la presencia de dolor abdominal generalizado, tolerable y sin integrarse un síndrome de irritación peritoneal. Dicho dolor presentó irradiación al testículo derecho. El interrogatorio por aparatos y sistemas permite descubrir disuria, la cual se había presentado en múltiples ocasiones así como sensación distérmica no cuantificada y pérdida ponderal. Dado el antecedente de sintomatología urinaria de repetición en el contexto de un paciente joven, se solicita un ultrasonido renal y de vías urinarias, el cual descartó obstrucción litiásica y reveló la presencia de hidronefrosis derecha y ectasia pielocalicial bilateral. Ante la sospecha, se decide tomar estudios de laboratorio complementarios los cuales revelaron incremento en las cifras de VSG, PCR, fosfatasa alcalina. La BHC mostró anemia. Con base en lo anterior, se decide por determinar niveles séricos de IgG4 los cuales resultaron elevados más de 3 veces el límite de referencia laboratorial. Se realizó biopsia de retroperitoneo guiada por tomografía cuyo reporte histológico e inmunohistoquímico fueron compatibles con patrones de fibrosis e inflamación, confirmando el diagnóstico de síndrome de Ormond. Concluimos que el síndrome de Ormond es una entidad rara, cuyo diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha clínica a partir de un cuadro de dolor



abdominal en conjunto con sintomatología urinaria, sospecha que debe ser sustentada por analítica sanguínea y confirmada exclusivamente por biopsia

Palabras clave: síndrome de Ormond, fibrosis retroperitoneal, dolor abdominal, reumatología, IgG4, enfermedad rara.

0194 Actividad de la enfermedad por DAS28, CDAI y SDAI en pacientes con artritis reumatoide en un hospital universitario

Galarza Dionicio Ángel, Azpiri José Ramón, Colunga Iris Jazmín, Cárdenas Jesús Alberto, Vera Raymond, Valdovinos Aldo
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica que se relaciona con una alta morbilidad. La evaluación de la actividad de la enfermedad por medio de índices validados ha demostrado ser de utilidad para evaluar la inflamación y la respuesta al tratamiento. **Material y métodos:** se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes con AR de 40 a 75 años de edad sin eventos cardiovasculares previos ni otras enfermedades reumatológicas que acudieron a la consulta de reumatología en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, reclutados en el periodo comprendido entre el agosto 2014 a julio 2016. Se recolectó

información clínica mediante interrogatorio y exploración física. Las muestras de laboratorio se tomaron previo ayuno de 8 horas. Para la valoración de la actividad de la enfermedad se usaron tres índices validados: DAS28 utilizando proteína C reactiva, CDAI y SDAI. **Resultados:** se incluyeron 185 pacientes en el análisis final, 172 (92.9%) fueron mujeres. La media de edad fue de 56.1 ± 9.16 años. Se calculó una media de DAS28 de 3.39 ± 1.33 ; 61 (32.9%) pacientes se encontraron en remisión ($DAS28 < 2.6$), 28 (15.1%) se encontraron en actividad baja ($DAS28 > 2.6$ y ≤ 3.2), 77 (41.6%) en actividad moderada ($DAS28 > 3.2$ y ≤ 5.1) y 19 (10.2%) en actividad alta ($DAS28 > 5.1$). Se calculó una media de CDAI de 13.17 ± 12.25 , 41 (22.1%) pacientes se encontraron en remisión ($CDAI < 2.8$), 56 (30.2%) se encontraron en actividad baja ($CDAI > 2.8$ y ≤ 10), 53 (28.6%) en actividad moderada ($CDAI > 10$ y ≤ 22) y 35 (18.9%) en actividad alta ($CDAI > 22$). Se calculó una media de SDAI de 14.36 ± 12.46 , 41 (22.1%) pacientes se encontraron en remisión ($SDAI < 3.3$), 50 (27%) se encontraron en actividad baja ($SDAI > 3.3$ y ≤ 11), 62 (33.5%) en actividad moderada ($SDAI > 11$ y ≤ 26) y 32 (17.3%) en actividad alta ($SDAI > 26$). **Conclusiones:** se encontró una alta prevalencia de actividad moderada o alta en nuestra población: 51.8% tenían actividad moderada o alta por DAS28, 47.5% por CDAI y 50.8% por

SDAI. El control estricto de la enfermedad podría mejorar la sintomatología y el pronóstico de estos pacientes a largo plazo. El uso de estos índices de actividad de la enfermedad es muy importante ya que permite al médico evaluar de manera objetiva la actividad de la enfermedad en el paciente, la respuesta al tratamiento y la comparación longitudinal de intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: artritis, reumatoide, DAS28, CDAI, SDAI, inflamación.

0195 Reporte de serie de casos de pacientes con rhus en el sureste mexicano

Radillo Hugo Alberto
Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

Se acuña el término rhus a la superposición de artritis reumatoides (AR) y lupus eritematoso generalizado (LEG). Existen a la fecha corrientes de estudio que consideran esta entidad como una presentación de artropatía erosiva similar a la artropatía de Jaccoud, sin embargo la evidencia actual apoya a que dadas las características serológicas e imagenológicas, son verdaderamente manifestaciones de AR en pacientes con LEG. Se presenta una serie de 6 mujeres con diagnóstico previo de enfermedad reumática de las cuales 5 son portadoras de LEG y una de AR. Las edades de las pacientes oscilaron entre los 31 y los 51 años las cuales ya contaban con

una evolución de varios años (9-14 años del diagnóstico). Se realizaron determinaciones de anticuerpos a las pacientes para constatar el solapamiento de AR y LEG, permitiéndonos observar que las 6 pacientes tuvieron anticuerpos contra péptido cíclico citrulinado positivos, 4 tuvieron ANA positivos, 3 con factor reumatoide positivo, 4 con anti DNA de doble cadena positivos y 4 con anti-Sm positivos. Así mismo, se realizaron radiografías de manos y pies a las pacientes con el fin de encontrar cambios erosivos presentándose en 5 de las pacientes. Las 6 pacientes presentaron deformidad articular clínicamente observable, predominando el cuadramiento de la base del pulgar, desviación cubital de las manos, dedos en cuello de cisne y botonero. A las pacientes se les ofreció terapia con modificadores de enfermedad logrando respuesta adecuada en 5 de ellas concluimos que el solapamiento de AR y LEG o rhusus es un fenómeno que se debe estudiar como una entidad patológica individual y no como una variante erosiva articular de LEG. A pesar de que no existe hasta la fecha un consenso en cuanto al tratamiento del rhusus, la terapia con modificadores de la enfermedad resultó en nuestra serie de casos como una modalidad adecuada de manejo.

Palabras clave: lupus, artritis reumatoide, rhusus, autoinmune, superposición, reumatología.

0211 Enfermedad multinfarto cerebral como manifestación de arteritis de Takayasu: reporte de un caso

Jiménez Marcela Alejandra, Granados Mary Cruz, Orozco Juliana Patricia, Mendoza Lucero
Hospital General CMN La Raza

La arteritis de Takayasu es una vasculopatía crónica idiopática e inflamatoria de grandes arterias, que puede implicar la aorta y sus ramas principales; de distribución mundial y mayor incidencia en países asiáticos con incremento reciente en México. Se presenta el caso de una mujer de 51 años que se presenta con enfermedad cerebral multinfarto como primera manifestación de arteritis de Takayasu. Mujer de 51 años con antecedentes de epilepsia hace 8 años, EVC isquémico hace 4 años sin secuelas, G6, A2, P4, sin consumo de anticonceptivos orales, resto negado. Ingresó su padecimiento actual por presentar disartria, hemiparesia derecha y somnolencia, niega otra sintomatología. TC de cráneo simple con encefalomalacia en región de ACMD y en hemisferio cerebeloso izquierdo más infarto agudo en arteria cerebral media izquierda. Clínicamente afasia motora, desviación de la comisura labial a la izquierda, FM hemicuerpo izquierdo 5/5, hemiparesia derecha 2/5, REM 2/4, respuesta plantar indiferente bilateral. Diferencia de presión arterial entre extremidades superiores 10mmHg, pulsos carotídeos izquierdos y

distales no detectables. Resto de exploración física sin hallazgos anormales. EKG y ecocardiograma sin alteraciones. Doppler carotídeo con oclusión de la arteria carótida común izquierda desde su origen y datos sugestivos de inflamación. AngioTAC con reconstrucción de troncos supraaórticos: oclusión total de arteria carótida común izquierda, arteriografía no aceptada por la paciente por riesgo de complicaciones. ANA positivo 1:160, anti DNA negativo, AN-CAS negativo, anticoagulante lúpico y anticardiolipinas IgG e IgM negativos. VSG: 17 mm/hr, PCR: 8.8; leucocitos: 6300, hemoglobina: 15.6, plaquetas: 466000, glucosa: 91, creatinina: 0.7, urea: 33, colesterol: 130, triglicéridos: 102, VLDL: 20, HDL: 40, resto normal. Se concluyen datos de aortoarteritis sin indicación para manejo quirúrgico e inicia tratamiento con acenocumarina lográndose un rango de INR de 2.5. La arteritis de Takayasu (AT) continúa siendo una enfermedad rara en nuestro medio por el amplio espectro de manifestaciones clínicas. 10-20% de los pacientes presentan manifestaciones neurológicas debido a disminución del flujo sanguíneo cerebral. La arteriografía es el gold standard, sin embargo no fue aceptada por la paciente, por lo que se realizó reconstrucción angiotomográfica.

Palabras clave: arteritis, Takayasu, isquemia cerebral, déficit motor, enfermedad vascular cerebral, ictus.



0221 Pancreatitis autoinmune refractaria a tratamiento en paciente con lupus eritematoso activo. Presentación de caso y revisión

Ruiz Alejandra¹, Álvarez Luis Carlos², García Montserrat¹, Pineda Carmen¹, Flores Leticia¹

¹ Hospital 1° de Octubre ISSSTE;

² Hospital Tultitlán ISSSTE

Introducción: fue descrita por Henri Sarles en 1911, denominándose inicialmente pancreatitis inflamatoria y posteriormente pancreatitis esclerosante, pancreatitis linfoplasmocitaria y finalmente pancreatitis autoinmune por Yoshida, en 1952. Comparte características clínicas y morfológicas de pancreatitis aguda y crónica. Su forma de presentación es variada en asociación con otras patologías autoinmunes o hallazgos serológicos positivos; se han descrito cambios histológicos en la papila mayor duodenal (papilitis autoinmune) que podrían contribuir al pronóstico.

Descripción del caso: femenino de 32 años con el diagnóstico de púrpura trombocitopénica de 10 años de diagnóstico y lupus de 6 años de evolución, exeresis de fibroadenoma en mama derecha sin especificar laboratorios Hb 9.0 leucos 2880 neutros 1210 linfos 1370 glucosa 103 urea 38 creatinina 1.2 sodio 133 potasio 3.3 cloro 100 calcio 7.3 amilasa 213 lipasa 1115 previos leucos 200 linfos 30 neutros 150 hb 9.7 plaquetas 64000 INR 1.14 glucosa 94 urea 64 BUN 30

ácido urico 6 creatinina 0.9 colesterol 160 albumina 3.4 cloro 111 potasio 4.3 sodio 142 calcio 7.2 fósforo 2 magnesio 1.92 sangre oculta en heces positivo EGO sedimento urinario activo biopsia renal glomerulonefritis lúpica difusa con proliferación extracapilar clase IV índice de actividad 14/24 y cronicidad 7/12 depuración de creatinina 44ml/min TAC abdominal con hepatomegalia, páncreas homogéneo líquido libre en cavidad pélvica Panel viral para hepatitis no reactivo y TORCH IgM herpes virus Complemento C3 49, C4 9.3, IgG 740, IGA 219 IgM 135 Anticuerpos antinucleares positivo 1:80 AntiDNA 40UI/mL VSG 53mm/hr lipasa control 4774 la paciente tiene evolución de un mes de hecho sin remisión de su sintomatología abdominal sin posibilidad de inicio de dieta enteral se ha mantenido con soporte hemodinámico NPT antibioticoterapia por neumonía nosocomial con evolución muy estacionaria de hecho antes de la reactivación de la pancreatitis el servicio de reumatología la había propuesto para administración de rituximab. **Conclusiones:** el objetivo de esta comunicación es presentar caso de paciente con datos de actividad MCA-hematológica-renal la cual fue sometido a esteroide pulsos mas ciclofosfamida con desarrollo de pancreatitis autoinmune durante su estancia hospitalaria aun sin remisión de la sintomatología y con complicaciones extraordinarias por el uso de medicamentos

sintomáticos como diuréticos para mejorar lesión renal y antihipertensivos como tiazidas.

Palabras clave: pancreatitis, autoinmune, refractaria, herpes simple, ciclofosfamida, lupus.

0222 Evento cerebrovascular isquémico en paciente de 24 años de edad secundario a vasculitis de Takayasu. Reporte de un caso

Infante Héctor, Rivera Cesar, González Jocelyn Raquel, Martínez Sergio, Monera Fernando, Cortez Estrellita, Medina Laura Guadalupe

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Femenina de 24 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, nuligesta. El 14 de agosto de 2016 presentan cuadro de cefalea de carácter opresivo en región temporal izquierda, intensidad 6/10, con indiferencia al medio, hemiparesia derecha y disartria, por lo que acude a solicitar atención hospitalaria. Durante la exploración física además de cuadro neurológico llama la atención soplo eyectivo mesosistólico en foco aórtico de intensidad 4/6 de tono áspero, que se irradia a bordes infraclaviculares y a ambas carótidas, extremidades izquierdas con pulsos de baja amplitud e intensidad y con una diferencia de 20mmhg en tensión arterial sistólica entre ambos brazos. Se inicia manejo antiisquémico y se solicita tomografía de cráneo simple que reporta zona hipodensa

en cabeza de núcleo caudado izquierdo y brazo anterior de la cápsula interna. Como protocolo se realiza doppler carotídeo con reporte de oclusión bilateral menor al 25%, no asociada a placas ateromatosas. Ecocardiograma evidencia coartación aortica. Tomografía contrastada confirmó zona de coartación de 6 mm a nivel de la aorta torácica. Laboratoriales con anemia normocítica normocrómica y vsg de 100m/h. Al presentar recuperación neurológica at integrum y estabilidad hemodinámica se presenta al servicio de hemodinamia quien ofrece colocación de stent aórtico. Paciente se recupera favorablemente y se egresa con manejo ambulatorio y vigilancia externa por reumatología y cardiología intervencionista. Se trata de una vasculitis granulomatosa idiopática crónica que afecta a la aorta y sus ramas principales. 1.6 veces más frecuente en mujeres entre la 2ª y 3ª décadas de la vida. Incidencia mundial: 2.6 casos por millón de habitantes al año. El proceso inflamatorio provoca cambios en arterias afectadas y aparición de estenosis, dilatación y aneurismas. De presentación clínica heterogénea, el 10% de los pacientes serán asintomáticos. El diagnóstico deberá sospecharse por hallazgos clínicos, de imagen y de laboratorio (vsg >50mm/h). se requieren 3 de los 6 criterios clínicos propuestos por el colegio americano de reumatología. El tratamiento dependerá de la actividad de la enfermedad y

sus complicaciones, los principales blancos son el control del proceso inflamatorio y el control tensional. Últimamente la utilización de tratamientos biológicos como anticuerpos monoclonales y anti-TNF han mostrado resultados alentadores. La sobrevida depende de las complicaciones y comorbilidades asociadas.

Palabras clave: vasculitis, EVC, Takayasu, mujer, joven, coartación.

0224 Toxicidad pulmonar y hematológica inducida por metotrexato: presentación de un caso

Cortez Estrellita, Infante Héctor, Rojas Flor Elena, Domínguez Sandra Ivett, Villalobos Fernando, Mouret Ulises Emmanuel Guadalupe

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

El metotrexate es un fármaco modificador de la enfermedad utilizado frecuentemente en artritis reumatoide. Uno de los efectos adversos más serios, relacionados con el uso de metotrexate aunque poco frecuente es la neumonitis, presentándose entre 0.9 y 1% de los casos. Manifestaciones clínicas: tos no productiva, disnea, fiebre, crepitantes y taquipnea. Hallazgos radiológicos: patrón intersticial. TAC se observan infiltrados de vidrio deslustrado bilaterales. Primera actitud es la suspensión del fármaco, medidas de soporte

respiratorio y glucocorticoides sistémicos. Otros efectos adversos del metotrexato es la toxicidad hematológica con prevalencia aproximada del 3%. El agente de rescate en el tratamiento es el ácido fólico. Femenino 56 años, con DM2, Artritis reumatoide tratada con metotrexato 20 mg/sem, ácido fólico 5 mg c/24 hrs. Inicia padecimiento 2 semanas previas a ingreso con tos no productiva, disnea de grandes que progresa a pequeños esfuerzos, acudiendo a urgencias. A su ingreso paciente con taquipnea, taquicardia, estertores crepitantes bilaterales diseminados, SaO₂ 86%, equimosis en miembro pélvico derecho. BH leucocitos 2.9, Hb 9.4, Hct 30.1, VCM 109, HCM 35, plaquetas 82 000, urea 78, creatinina 1.5, filtrado glomerular 42 ml/min, PFH: BT 1.1, BD 0.6, BI 0.5, AST 72, ALT 88, albumina 3.3, gasometría: pH 7.37, pO₂ 54, pCO₂ 59, HCO₃ 19.2, SaO₂ 88%. Rx tórax: opacidades difusas y patrón intersticial. Valorada por medicina interna e ingresada. En hospitalización, se realizó TAC de tórax: infiltrados en vidrio deslustrado bilaterales; fibrobroncoscopía: signos de bronquitis; cultivos, tinción para *Pneumocystis* y genxpert de lavado bronco alveolar (-). Biopsia transbronqueal: infiltrado inflamatorio linfocitario con abundantes polimorfonucleares. Hemocultivos (-). Se descartó proceso infeccioso, se suspendió metotrexate ante sospecha de efectos adversos por este.



Continuó manejo hídrico, O₂ suplementario y esteroide, con mejoría clínica. Egresó y continúa seguimiento en la consulta externa con última TAC de tórax con resolución de los infiltrados pulmonares 6 meses posterior a cuadro clínico. Existen pocos casos descritos de intoxicación pulmonar y hematológica por metotrexato, siendo esta última uno de los efectos más serios, que puede llevar a la muerte y puede presentarse incluso a dosis bajas, por lo que el diagnóstico de estas requiere alto índice de sospecha, apoyarse en la clínica, radiología y resultados obtenidos luego del retiro del fármaco.

Palabras clave: toxicidad , pulmonar, hematológica, metotrexato.

0248 Concentraciones de hemoglobina sérica y su asociación con el riesgo de osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², Hernández Éufrates¹, Olán Francisco¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan mayor prevalencia de osteoporosis, en parte por el uso de glucocorticoides, sin embargo pueden existir otros factores causales. **Material y métodos:** se estudió a 126 pacientes con el diagnóstico de AR. Se deter-

minaron las concentraciones séricas de hemoglobina (Hb) y la densitometría ósea (DMO) por medio de absorciometría de rayos X de energía dual. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante para determinar la asociación de las variables estudiadas. **Resultados:** el 32,5 % presentó Hb < 12 g/dL. Media de Hb 12,6±1,3 g/dL. La media del T-Score de columna lumbar fue -1,7±1,5 y DMO 0,88±0,19, el 37,3% presentó osteopenia, 32,5% osteoporosis y 30,2% normal. La media T-Score de fémur fue -0,6±1,4 y DMO 0,83±0,22, el 63,4% fue normal, el 23,8% osteopenia y 12,8% osteoporosis. Se encontró significancia entre las concentraciones de Hb <12 g/dL y la presencia de hipertensión arterial (< 0,001), diabetes mellitus (<0,00), menor índice de masa corporal (0,001), PCR-Us (0,004), albúmina (0,017), T-Score de Fémur (<0,000) y DMO de fémur (0,006). Se encontró relación entre Hb ≥12 g/dL y una DMO de fémur normal (0,001) y la Hb <12 g/dL y DMO de fémur con osteoporosis (<0,000). Existió una asociación independiente entre la ausencia de DMO de fémur normal y una Hb <12 g/dL (RR 0,33; IC 0,12-0,85; p 0,02). Y una asociación independiente entre la presencia de DMO de fémur con osteoporosis y la Hb < 12 g/dL (RR 6,2; IC 1,2-30,6; p 0,025). **Discusión y Análisis:** estudios previos han asociado las concentraciones de Hb y la

densidad ósea en enfermedades como anemia de células falciformes, insuficiencia renal o enfermedad pulmonar obstructiva. El efecto de la anemia sobre la densidad ósea aún es incierto, investigaciones en modelos ha mostrado que la hipoxia inducida por la anemia juega un papel importante, particularmente sobre el metabolismo óseo de los huesos corticales. Otra teoría sugiere que la anemia conlleva a un esfuerzo excesivo del sistema hematopoyético, aumentando las concentraciones de factores de crecimiento hematopoyéticos y de células progenitoras osteogénicas en el cual se incluyen los osteoclastos, intensificando así la resorción ósea. **Conclusiones:** la anemia es una situación con alta prevalencia en la AR, hemos observado que puede existir una probable relación entre las concentraciones de Hb y la DMO, por lo cual la importancia de tratar la anemia en estos pacientes. **Palabras clave:** artritis reumatoide, osteoporosis, anemia, hemoglobina sérica.

0257 Hallazgos electrocardiográficos en pacientes con lupus eritematoso sistémico del noreste de México

Andrade Catalina Janette, Azpiri José Ramón, Flores Carlos, Galzarza Dionicio Ángel
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica multis-

témica con involucro cardiaco presente en más de la mitad de los casos, siendo la pericarditis, la taquicardia sinusal, fibrilación auricular y latidos ectópicos auriculares los más comunes. El uso crónico de hidroxiquina y la presencia de anti-Ro/SSA se han asociado a arritmias ventriculares refractarias, prolongación del intervalo QT, bloqueo fascicular, bradicardia sinusal y la prolongación del intervalo QT.

Material y métodos: se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones a pacientes con LES de la consulta externa. Se recolectó del expediente clínico la información de laboratorio, características demográficas y de la enfermedad, así como factores de riesgo cardiovascular, uso de medicamentos y la dosis acumulada de los mismos. Los cuales se parearon por género y edad +/-2 años, con controles asintomáticos. **Resultados:** se evaluaron 36 pacientes con LES: Género femenino en 83.3%, media de edad 38.5 años, duración de la enfermedad 53.04 meses, IMC 30.10, MEX-SLEDAI 1.12, tabaquismo 11.76%, DM en 5.8%, HTA, dislipidemia y SAF en 17.64%, nefritis lúpica en 35.29%; Los hallazgos en ECG: Frecuencia cardiaca 74.2 lpm, intervalo PR 159 mseg, QRS 94.6 mseg, intervalo QT 387.4 mseg, evidenciando 52.7% de anomalías en los electrocardiogramas evaluados, siendo de ellos 8.3% alto voltaje en derivaciones precordiales, 5.5% bradicardia sinusal, Hiper-

trofia del ventrículo izquierdo en 5.5% y datos compatibles con isquemia miocárdica hasta en un 11.1 % de la población evaluada. Así como 34 pacientes sanos: Edad promedio 36.9 años, género femenino 82.35%, FC 58.8 lpm, intervalo PR 148.20 mseg, QRS 87.41 mseg, intervalo QT 424 mseg, intervalo QTc 417.79 mseg, con bradicardia sinusal 50% crecimiento auricular izquierdo 2.94%, desviación del eje a la izquierda 2.94%, repolarización precoz 2.94% y alteraciones inespecíficas de la onda T en un 2.94%. **Conclusión:** nuestra población cuenta con mayor tiempo de evolución con la enfermedad, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia que la reportada en la literatura, así como menor actividad de la enfermedad. Evidenciando un 11.1% de datos compatibles con isquemia miocárdica en los pacientes con enfermedad dato no documentado en literatura previa. Así como prevalencia mayor de QTc prolongado en pacientes con LES similar a los estudios previos.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, electrocardiograma, reumatología, FARMES, arritmias.

0265 Paradoja de lípidos en pacientes con artritis reumatoide en una población del noreste de México

Galarza Dionicio Ángel, Azpiri José Ramón, Colunga Iris Jazmín, Cárdenas Jesús Alberto, Vera Raymundo, Ramos Ray Erick

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es un trastorno autoinmune inflamatorio, sistémico, crónico, que afecta principalmente articulaciones sinoviales. La inflamación sostenida genera cambios en la estructura de las lipoproteínas disminuye los niveles de LDL y aumentando los de HDL, aumentando el riesgo cardiovascular lo que se conoce como paradoja de los lípidos. La carga inflamatoria puede medirse a través de marcadores inflamatorios inespecíficos (PCR y VSG), y la actividad de la enfermedad evaluada por DAS28-PCR. El objetivo del presente estudio es explorar la correlación que existe entre la inflamación crónica con las diferentes fracciones del perfil de lípidos. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico y transversal con inclusión prospectiva de pacientes. Se incluyeron pacientes de 40 a 75 años de edad que acudieran a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, que cumplieran criterios diagnósticos para AR de ACR/EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con síndromes de sobreposición, uso de estatinas y eventos cardiovasculares mayores (infarto agudo al miocardio, evento vascular cerebral, enfermedad arterial periférica). Se obtuvo historia clínica completa, perfil de lípidos, química sanguínea, PCR



y VSG, y se evaluó la actividad por DAS28. La descripción de las variables se hizo de manera estándar, con prevalencia y media con desviación estándar. La correlación se hizo con un prueba de Spearman, buscando una $p < 0.05$. **Resultados:** se incluyeron 157 pacientes en el análisis final. 148 (94.2 %) fueron mujeres, con una media de edad de 56.2 ± 9.24 años y con una media de duración de enfermedad de 12.3 ± 8.3 años. De acuerdo al nivel de actividad, 47 (29.29%) estaban en remisión, 26 (16.5%) en actividad leve, 67 (42.6%) en moderada y 17 (10.8%) en severa. No se encontró correlación entre marcadores séricos de inflamación y niveles séricos de lípidos. Se encontró correlación inversa entre el número de articulaciones inflamadas y los niveles de HDL ($\rho = -.147$, $p = 0.06$). **Conclusiones:** no se encontró correlación entre los niveles de inflamación de artritis reumatoide y los niveles de lípidos en nuestra población. En otras poblaciones se ha demostrado correlación inversa con cambios en la actividad de las apolipoproteínas séricas. Es necesario seguimiento prospectivo de estos pacientes para valorar la importancia de los cambios causados por la inflamación y actividad de la enfermedad.

Palabras clave: artritis, reumatoide, paradoja, lípidos, cardiovascular.

0267 Prevalencia de comorbilidades en pacientes mexicanos con artritis reumatoide

Galarza Dionicio Ángel, Azpiri José Ramón, Colunga Iris Jazmín, Vera Raymundo, Cárdenas Jesús Alberto, Torres Francisco Javier
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo cardiovascular aumentado en comparación a la población general. Algunas enfermedades crónicas no transmisibles potencian este riesgo. México presenta altos índices de sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, factores que hacen sinergia con el estado inflamatorio de la AR y aumentan la incidencia de enfermedad cardiovascular. Adicionalmente, el tratamiento con corticoesteroides predispone a un mayor número de comorbilidades, incluyendo osteoporosis. Estas variables juegan un papel fundamental en la morbimortalidad de esta población. **Objetivo:** determinar la prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular en pacientes mexicanos con AR.

Material y métodos: se diseñó un estudio transversal, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes con AR que cumplirían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, mayores de 18 años, reclutados de agosto 2014 a julio 2016. Se excluyeron pacientes con síndromes de sobreposición (superposición), con diagnóstico indeterminado, o con información insuficiente en los expedientes. **Resultados:**

se incluyó en el análisis final información de 197 pacientes. Las mujeres representaban 182 (92.4%) de los sujetos incluidos. La media de edad fue de 56.06 ± 9.17 años. La duración promedio de la enfermedad al momento de la encuesta fue de 10.59 ± 8.012 años. Se encontró dislipidemia en 52 (26.4%), diabetes mellitus tipo 2 en 25 (12.7%), hipertensión arterial en 65 (33%), tabaquismo en 39 (20.5%), hipotiroidismo en 12 (6.1%), osteoporosis en 36 (18.3%), insuficiencia arterial periférica en 3 (1.5%), cáncer en 9 (4.6%), infarto agudo al miocardio en 4 (2%) y enfermedad vascular cerebral en 2 (1%) de los sujetos entrevistados. **Conclusiones:** se encontró una alta prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo en pacientes con AR, siendo la hipertensión arterial la más prevalente, seguida por dislipidemia. El tabaquismo, la osteoporosis y la diabetes mellitus también formaron parte de los factores de riesgo y las comorbilidades más frecuentes. **Palabras clave:** artritis, reumatoide, comorbilidades, factor, riesgo, cardiovascular.

0282 Púrpura de Henoch Schonlein en adulto. Reporte de un caso

Granados Mary Cruz, Jiménez Marcela Alejandra, Orozco Juliana Patricia, Mendoza Lucero
UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, CMN La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Púrpura de Henoch Schönlein se define como vasculitis sistémica de vasos de pequeño calibre, con presencia de depósitos de inmunoglobulina A; poco frecuente en la edad adulta. Se trata de paciente femenino de 55 años, con antecedente de HAS de 4 años, tratamiento con metoprolol 100 mg c/24 hrs; Hipotiroidismo de 9 años, secundario a exeresis de nódulo tiroideo, tratamiento con levotiroxina 75 mcg c/24 hrs. No enfermedad sistémica autoinmune de tipo reumático. No inmunizaciones recientes. AGO: menarca 14 años, ciclos 28 x 5 días. G:2P:0C:2. DOC negativo a CaCu. Hormonales orales. Ingresa por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal generalizado, tipo cólico, predominio en mesogastrio, intensidad 10/10, distensión abdominal e intolerancia a la vía oral, automedicándose con AINES y antiespasmódico. Evolución tórpida con oclusión intestinal, recibiendo manejo conservador, sin mejoría clínica; incremento de dolor abdominal y aparición de lesiones purpúricas en extremidades superiores e inferiores, glúteos y abdomen, acompañadas de artralgias en rodillas, codos y muñecas, mialgias, mal estar general, sin fiebre. Clínicamente con distensión abdominal, dolor a la palpación generalizada, peristalsis presente, artritis en carpo y tobillo izquierdo y en rodilla derecha, conservando arcos de movilidad, dermatosis diseminada a cuatro extremidades,

glúteos y abdomen, respetando tronco con purpura palpable. Paraclínicos: Leucos 20180, neutros 19700, Linfos 2300, Plaquetas de 506000, Hb 13.9, EGO con leucos 18-20 xc, resto negativo. Sodio 142, Potasio 4.2, Cloro 102, Creat 0.5, urea 20.7. Protocolo de estudio, con determinación de inmunoglobulinas, elevación de IgA 332, resto de inmunoglobulinas normales; C3: 134, C4:16, FR 3.4, ANA, anti DNA, ANCAS negativos. Depuración de creat. en orina de 24 hrs 54.03 ml/min, proteínas totales 1.2 g en 24 horas, albumina 0.27 g/24 hrs, volumen urinario de 2100cc. Urocultivo sin desarrollo bacteriano, coproparasitoscópico negativos, hemocultivos negativos, procalcitonina normal 0.04ng/ml. Perfil de hierro normal. PFH normales, con hipoalbuminemia de 2.9. USG abdominal sin alteraciones. Biopsia de lesiones con resultado compatible con dermatitis perivascular linfocitaria y neutrofílica con vasculitis focal y fenómeno purpúrico. Respuesta clínica favorable con pulsos de metilprednisolona. Relevante por tratarse de una enfermedad poco frecuente en adultos; los hallazgos obtenidos en nuestra paciente apoyan el diagnóstico. **Palabras clave:** púrpura, leucocitosis, vasculitis, perivascular, inmunoglobulina, dolor.

0283 Pancitopenia reversible en artritis reumatoide (AR): toxicidad por metotrexate y leflunomide. Reporte de un caso

Olguín Alejandra¹, Cepeda Andrea Sofía², Sienra Estefanía¹

¹ Hospital General Dr. Manuel Gea González; ² Hospital Ángeles Interlomas

El metotrexate (MTX) y leflunomide (LEF) son fármacos modificadores de la enfermedad, de primera elección en el tratamiento de la AR y otras enfermedades autoinmunes y de origen neoplásico. Ambos fármacos interfieren con al síntesis de ácido desoxirribonucleico (ADN), ejerciendo así su efecto citotóxico. La combinación de estos fármacos es efectiva en pacientes que no han respondido a monoterapia con MTX, con mayor porcentaje de respuesta sostenida (46.2% a 24 meses) de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR). La combinación de estos fármacos, es utilizada en aproximadamente el 33% de los pacientes con diagnóstico de AR. Los principales efectos adversos reportados con esta combinación terapéutica son gastrointestinales (diarrea), la presencia de neutropenia o leucopenia severa no se reporta frecuentemente. La incidencia estimada de pancitopenia en terapia combinada es de 1 en 575 a 1 en 822, sin embargo existen muy pocos casos reportados en la literatura. Al inicio de la pancitopenia, la mayoría de estos pacientes habían tomado LEF por un periodo más corto que MTX, con un rango de 6-78 semanas de terapia combinada y



una media de 336 semanas para MTX. Se presenta el caso de una paciente femenina de 54 años de edad con diagnóstico de AR en tratamiento con LEF 20 mg/d, MTX 15 mg/semana, ácido fólico 5 mg/72 h quien se presenta a valoración con síndrome anémico y cuadro de infección de vías aéreas superiores. Al ingreso de la paciente se evidenció leucopenia (3.6/mm³): anemia severa (7.7 g/dL), trombocitopenia moderada (56.000/mm³), sin alteraciones en pruebas de funcionamiento hepático (PFH), ni datos de sangrado a ningún nivel. La paciente fue valorada de manera conjunta por el Servicio de Reumatología y Medicina Interna y se suspendió el tratamiento con MTX y LEF. Durante la hospitalización la paciente presentó aumento discreto en conteo de leucocitos, eritrocitos y plaquetas. Se descartaron otras causas de pancitopenia y la paciente fue egresada con seguimiento por la Consulta Externa, a 3 meses de seguimiento, la paciente se encuentra con remisión completa de pancitopenia.

Palabras clave: pancitopenia secundaria, metotrexate, leflunomide, artritis reumatoide.

0289 El factor reumatoide y los anti-CCP como predictores de resistencia a la insulina en pacientes con artritis reumatoide

Arrona Karla Isabel, Pérez Felipe de Jesús, Gómez José de Jesús Eduardo, Vázquez del Mercado Mónica¹, González Lorena¹, Navarro Rosa Elena², Corona Fernanda²

¹ Hospital Civil Juan I Menchaca; ² Instituto de Investigación en Reumatología y Enfermedades del Tejido Musculo Esquelético CUCS UdG

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune caracterizada por inflamación de las articulaciones sinoviales y daño articular progresivo. Debido a su naturaleza inflamatoria, la AR está relacionada con una alta frecuencia de resistencia a la insulina (RI), hasta en 50% de los pacientes. Los anti-cuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA) y el factor reumatoide (FR) definen a un grupo de pacientes con AR con mayor actividad inflamatoria y un curso más grave de la enfermedad. Por lo que el objetivo de este estudio fue investigar la relación entre los auto-anticuerpos en AR y la RI. **Material y métodos:** estudio transversal analítico. Se estudiaron pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987) provenientes de la consulta de reumatología del Hospital Civil Juan I. Menchaca comparados con un grupo control sin AR pareado por edad, género e índice de masa corporal. Se evaluó la actividad de la enfermedad, se midieron los niveles de insulina basal, homeostatic model assessment-Insulin resistance (HOMA-IR). Además, se midieron anticuerpos anti-CCP y FR. Los pacientes fueron agrupados como seronegativos

(FR- y anti-CCP-) y seropositivos (FR+ y/o anti-CCP+). **Resultados:** se estudiaron 52 pacientes AR seropositivos, 15 AR seronegativos y 90 sujetos control. Los pacientes con AR tuvieron una mayor frecuencia de RI (53% vs 13%, $p < 0.05$) que fue independiente del IMC. Los AR seropositivos tuvieron cifras de insulina mayores que los controles, 25.0 ± 33.2 μ IU/mL vs. 8.8 ± 6.3 μ IU/mL ($p < 0.01$). Así como de HOMA-IR de los controles 6.4 ± 8.5 vs 2.6 ± 1.5 ($p < 0.01$). En la análisis multivariado, la presencia de autoanticuerpos fue un predictor independiente de los niveles de insulina basal. **Conclusiones:** los pacientes con AR positivos a anti CCP y/o FR tienen niveles mayor resistencia a la insulina en comparación con los controles, esto sugiere que estos autoanticuerpos en podrían estar involucrados en la patogénesis de la RI en estos pacientes. Los pacientes con presencia de anticuerpos anti CCP y/o FR tienen niveles más elevados de insulina comparado con los controles y por ende un riesgo mayor de presentar resistencia a la insulina y diabetes mellitus 2. Es importante la detección temprana de la resistencia a la insulina en estos pacientes para el pronto inicio del tratamiento y la prevención de muerte por causas cardiovasculares **Palabras clave:** artritis reumatoide, anticuerpos, factor reumatoide, anti CCP, resistencia insulina, riesgo cardiovascular.

0291 Correlación entre actividad clínica e infiltración linfocítica de glándulas salivales menores en síndrome de Sjogren primario

Garza Felipe Fernando, Galarza Dionicio Ángel, Riega Janett
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el síndrome de Sjogren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta las glándulas exocrinas, principalmente las glándulas salivales y oculares con destrucción de las mismas por infiltrados linfocíticos. Recientemente se validó una nueva escala para medir actividad clínica llamada "ESSPRI" (EU-LAR Sjogren Syndrome Patient Reported Index). El objetivo de este estudio es correlacionar la actividad clínica en SSp según la escala ESSPRI, con el grado de inflamación en las glándulas salivales menores en este grupo de pacientes. **Materiales, métodos y análisis estadístico:** se incluyeron 71 pacientes del Hospital Universitario de la UANL Dr. José Eleuterio González, que cumplían criterios de la ACR 2012 para SSp, se realizó encuesta ESSPRI en 2 ocasiones con 2 días de diferencia y se promedió el resultado, y se tomó biopsia de glándula salival menor la cual fue analizada por un patólogo especializado en cabeza y cuello y dividiendo el grado de inflamación entre ninguno, leve, moderado y severo, según los focos linfocitarios presentes

y la clasificación de Chishom y Mason; se realizó correlación entre estos dos parámetros usando el coeficiente de correlación de Pearson, esperando una correlación de al menos 0.5 con un intervalo de confianza del 95%, se analizaron los datos en SPSS versión 23. **Resultados:** se analizaron los datos de 71 pacientes con SSp, el 100% de ellas femeninas, con una media de edad de 53 años, una media de duración de la enfermedad de 4.5 años, la media de ESSPRI fue de 6.3 puntos y se obtuvo una correlación de 0.939 con una $p < 0.0001$, lo cual significa una muy fuerte correlación entre los 2 parámetros analizados. **Discusión, Análisis y Conclusiones:** se obtuvo una correlación casi lineal entre la actividad clínica y el grado de inflamación en las glándulas salivales, lo cual nos confirma la hipótesis de que la inflamación sistémica (actividad clínica de la enfermedad) esta estrechamente relacionada a la sintomatología, y que un tratamiento temprano y oportuno nos ayudara a reducir ambos parámetros (actividad, sintomatología e inflamación). **Palabras clave:** síndrome de Sjogren, glándulas salivales, reumatología, ESSPRI, autoinmunidad, actividad clínica.

0292 Correlación de beta2-microglobulina salival con actividad clínica en síndrome de Sjogren primario

Garza Felipe Fernando, Galarza Dionicio Ángel, Riega Janett

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el síndrome de Sjogren es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta múltiples órganos, principalmente las glándulas salivales y lagrimales, la beta2 microglobulina es una proteína de bajo peso molecular que constituye uno de los componentes del complejo mayor de histocompatibilidad y aumenta en situaciones de inflamación crónica, el ESSPRI es una encuesta que mide actividad clínica en pacientes con Sjogren primario, el objetivo de este estudio es comparar los niveles de B2 microglobulina en saliva con la actividad clínica en Sd. de Sjogren, suponiendo que habrá una correlación directa entre esta proteína y el nivel de actividad, y como objetivo secundario correlacionar el grado de inflamación de las glándulas salivales menores con los niveles de B2 microglobulina y la actividad clínica según la escala ESSPRI. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, realizado en el Hospital Universitario de la UANL. Se tomó una muestra de saliva total bajo el método de spitting, biopsia de glándula salival menor y una muestra de sangre para medición de variables serológicas. Se aplicó la encuesta ESSPRI en 2 ocasiones. Se correlacionaron los niveles de B2 microglobulina en saliva con la actividad clínica de la enfermedad según la escala de actividad clínica ESSPRI.



Resultados, discusión y análisis:

se encontró que en 83% de pacientes hay correlación entre niveles B2-microglobulina salival y actividad clínica ($p < 0.001$). Se encontró una correlación significativamente positiva entre B2M salival y ESSPRI: 0.759 95% CI 0.656-0.837 ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** confirma la hipótesis de que de la B2M puede ser usada para valorar el grado de actividad clínica en pacientes con SSp. Más que una utilidad clínica de este biomarcador, éste estudio nos indicó que la intensidad de los síntomas está relacionada con la actividad biológica, y aumenta la esperanza de que tratando la enfermedad de forma oportuna podemos modular el estado inflamatorio, y con ello mejorar también la sintomatología.

Palabras clave: síndrome de Sjogren, reumatología, autoinmunidad, ESSPRI, beta 2 microglobulina, actividad clínica.

0296 Taponamiento cardíaco y derrame pleural bilateral como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico

Arango Johanna Isabel¹, Aceves Juan Erik², Díaz Leidy Jineth, Escarpulli Belzay², Martínez Carel², Witthall Laura Patricia

¹ Hospital General de México;

² Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

El LES tiene prevalencia baja en >50 años, si bien la serositis es

común, el taponamiento cardíaco como primera manifestación es extremadamente raro. Mujer 58 años AP: cáncer de mama estadio I en 2012 manejo con cuadrantectomía radioterapia local y anastrozol, sin actividad tumoral. Cuadro clínico 2 meses con disnea progresiva a MMRC4 y ortopnea, no otros síntomas, TA 80/50, FC 130 FR 30 ingurgitación yugular, pulso paradójico, derrame pleural derecho 70%, izquierdo 30%, ECG alternancia eléctrica, ECO-TT interdependencia ventricular, colapso diastólico FEVI 81%, sin compromiso segmentario, PSAP 20, derrame pericárdico con separación de hojas >20mm, pericardiocentesis: amarillo proteína 3.8, gluc 97, leucos 120, PMN 20%, mononucleares 80%. BAAR y tinta china -, se coloca sonda pleural derecha, exudado, Ph 8, Gluc 500, Proteínas 500, eritrocitos 2000, leucos 123, PMN 27%, mononucleares 73%. BAAR, cultivo hongos y bacteria -, citopatológico -, ADA 7.5. Séricos: Gluc 102.3, urea 20.4, Cr 0.5, DHL 137, albumina 2.96, Na 134, K 4.5. BH leucos 7500, neutros 6500, Linfos 670, Hb 8.4, Htco 27.5%, Plaqueta 287000, VCM 87, HCM 26. Hepatitis A, B y C, VIH 1 y 2 no reactivos. video toracoscopia; biopsias con pericarditis aguda intensa y crónica moderada, pleuritis aguda intensa y crónica en organización, PCR para micobacterias -, no lesiones neoplásicas. Inmunológicos FR -, c-ANCA 1.4, p-ANCA

0.5, anti RO 0.43, Anti LA 0.6, ANAS 1/320 moteado fino, C4:7.4, C3:41, Anti Smith 5.41, Anti DNA 2.86, anti B2 GP IgG 14.95-IgM 12.62, anticoag lúpico 0.68, VSG 60, PCR 53, TSH 1.08, T4L 1.06, EGO prot 25, leucos 2, eritrocitos incontables, 40% dismórficos. Orina 24 hrs proteínas 344 mg, depuración 124ml/min. Diagnostico de LES, inicia metilprednisolona 1 gr por 3 días, posterior prednisona 1 mg/Kg y azatioprina 50 mg/día. Evolución con retiro de sonda pleural derecha a las 3 semanas, aumento de derrame pleural izquierdo > 80% con colocación de sonda, liquido similar a contralateral, adición de ciclofosfamida 500mg, 6ta semana retiro sonda pleural izquierda.

Conclusiones: el taponamiento cardíaco es extremadamente raro como manifestación inicial de LES, da peor pronóstico y supervivencia <46% a 5 años. El derrame pleural concomitante aumenta la posibilidad de taponamiento. Otros factores pronósticos son anemia, compromiso renal y niveles bajos de complemento. En el tratamiento requieren altas dosis de esteroides asociados a ciclofosfamida o micofenolato.

Palabras clave: lupus, taponamiento cardíaco, derrame pleural, serositis.

0307 Infiltrado pulmonar bilateral en un paciente asintomático

Guerrero Alejandra, Cepeda Andrea Sofia, Vazquez Jesús Javier, Jorge Diego Leonardo Hospital Ángeles Lomas

Introducción: existen múltiples causas de infiltrado pulmonar bilateral, infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, que tiene una variabilidad en presentación y síntomas muy amplia. Existen casos que deben llegar a biopsia pulmonar para hacer el diagnóstico preciso. **Caso clínico:** masculino de 39 años sin antecedentes de importancia, asintomático, que tolera ejercicio y tiene rutina laboral normal; con hallazgo incidental en tele de tórax de infiltrado reticular bilateral. Sin hallazgos relevantes al examen físico, con saturación de oxígeno al aire ambiente de 95%. Se complementó estudio con tomografía axial computada la cual reportó opacidades e infiltrado bilateral de predominio en lóbulos superiores y lóbulos medios con múltiples micronódulos bilaterales y adenopatías hiliares bilaterales y mediastinales. Ante la falta de evidencia clínica y de estudios de laboratorio de alguna etiología causante, se decide realizar biopsia en cuña de pulmón y biopsias de ganglios de mediastino, reportándose con respuesta inflamatoria granulomatosa crónica no caseificante realizándose diagnóstico final de sarcoidosis. **Discusión:** la sarcoidosis es un trastorno multisistémico de etiología desconocida caracterizado patológicamente por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados, siendo el pulmón el más afectado. Típicamente se presenta entre los 20 y 60 años de edad, sin embargo

es importante no olvidar que en aproximadamente la mitad de los pacientes, la enfermedad es detectada por anomalías radiográficas en estudios de rutina antes del desarrollo de síntomas, siendo también común una exploración física normal a pesar de la presencia de afección pulmonar. La característica morfológica es la presencia de granulomas no caseificantes, en el caso del pulmón se encuentran típicamente en septos alveolares, paredes bronquiales y a lo largo de las arterias y venas pulmonares. Es importante el reconocimiento esta entidad como causante de infiltrado y adenopatías pulmonares bilaterales en pacientes asintomáticos. **Palabras clave:** sarcoidosis, infiltrados.

0311 Miopatía, sinovitis y linfopenia como manifestación inicial de síndrome de sobreposición

Vargas David, Fuentes Ana Gabriela, Salas Ana Karen, Avilés Mayra Eugenia, Maya Alejandro
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Mujer de 68 años que inicia hace 6 meses con mialgias intermitentes en cintura escapular y región posterior de cuello, de patrón bilateral y simétrico, intensidad 5/10 (EVA), evolucionando con paresia y limitación a la abducción de los brazos; 4 meses después artralgias con flogosis en articulaciones de codos, metacarpofalángicas e interfalángicas

proximales bilaterales, rigidez matutina y en reposo; debilidad muscular en cintura pélvica y porción proximal de muslos, con dificultad progresiva para la marcha; pérdida involuntaria de 6 kg; fiebre nocturna. Ingresa con dificultad para la bipedestación, fuerza muscular en cintura escapular y pélvica 3/5 (Daniels) proximal, simétrica, 4/5 distal en miembros superiores e inferiores con dolor en la palpación; sin deformaciones articulares. Elevación de enzimas musculares y aminotransferasas tres veces el valor de corte, EM con patrón miopático. Radiografías de manos y pies con osteopenia yuxtaarticular, disminución de los espacios articulares y erosiones marginales, factor reumatoide elevado, anticuerpos antinucleares, anti-Smith y anti-DNA positivo. **Discusión:** las enfermedades autoinmunes son clasificadas de acuerdo a criterios internacionalmente aceptados, que generalmente incorporan la detección de anticuerpos específicos o marcadores diagnósticos. Sin embargo, muchos pacientes no pueden ser incluidos en una categoría nosológica individual, manifestando criterios de más condiciones autoinmunes, lo que se conoce como sobreposición. En el contexto de nuestro caso clínico la presencia de datos compatibles con polimiositis aunada a datos clínicos, elevación de enzimas musculares y transaminasas, así como los cambios por electromiografía son de-



finitorios de enfermedad, sin embargo, debido a la presencia de criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico por datos inmunológicos y hematológicos, la presencia de miopatía puede ser diagnóstico diferencial como parte del cuadro clínico del LES. El compromiso poliarticular simétrico con cambios erosivos radiológicos hizo sospechar en artritis reumatoide que se complementa de acuerdo a criterios de la Asociación Americana de Reumatología. La frecuencia de asociación entre PM/DM con lupus eritematoso sistémico es de 29% y con artritis reumatoide es del 22.6%, sin embargo la asociación entre las tres manifestaciones es infrecuente.

Palabras clave: miopatía, sinovitis, linfopenia, sobreposición.

0316 Síndrome de antifosfolípidos primario como causa de hipertensión portal y anemia hemolítica autoinmune en varón joven

Vargas David, Fuentes Ana Gabriela, Avilés Mayra Eugenia, Salas Ana Karen, Maya Alejandro
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Varón de 20 años de edad con antecedente de trombosis venosa profunda en miembro pélvico derecho. Ingresó por hemorragia de tubo digestivo alto, manifestado por melena y hematemesis. A la exploración con red venosa colateral abdominal, hepatoesplenomegalia y ascitis grado 2. Paraclínicos con trombocito-

penia grave y anemia grado IV de la OMS; hiperbilirrubinemia de patrón indirecto y elevación de DHL y Coombs positivo. Endoscopia con vórices esofágicas grandes de Baveno. Evoluciona con deterioro neurológico caracterizado por síndrome piramidal desproporcionado incompleto derecho, tomografía simple de cráneo con hipodensidad compatible con infarto de tipo isquémico agudo en el territorio de la arteria cerebral media. Iniciamos protocolo por trombofilia por lo que se solicita determinación de anticuerpos; únicamente con elevación de anticuerpos anticardiolipina IgG de forma persistente y tomografía computarizada contrastada de abdomen; la que reportó trombosis crónica de las venas suprahepáticas; por lo que se integró síndrome de antifosfolípidos primario y anemia hemolítica autoinmune secundaria. **Discusión:** El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad el cual potencialmente podrá resultar en la trombosis de cualquier segmento vascular. Su asociación con trombocitopenia como una manifestación se reporta con una prevalencia entre el 30% y el 46%. Por el contrario, la anemia hemolítica autoinmune (AIHA) y el síndrome de Evans tienen una frecuencia de 4% y 10%, respectivamente. Las manifestaciones hepáticas del SAAF se presentan hasta en el 72% de los casos siendo el síndrome de

Budd Chiari el más frecuente con un 20% frecuencia, siendo una manifestación infrecuente pero que se debe sospechar en un paciente con síndrome de hipertensión portal y antecedentes de trombosis recurrente

Palabras clave: antifosfolípidos primario, hipertensión portal, anemia hemolítica autoinmune, Budd Chiari.

0327 Hemorragia alveolar como presentación inicial de una bronquiolitis obliterante con neumonía organizada asociada a anti-PL 12 y anti RO-52 en un paciente críticamente enfermo: reporte de un caso

Vargas David¹, García Alejandro², Santana Luis², Domínguez Jorge Alexis²

¹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; ² Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Se presenta un caso de hemorragia alveolar como manifestación inicial de un síndrome antisintetasa. Se trata de un paciente del género masculino de 40 años que ingresa para abordaje diagnóstico de tos crónica y disnea progresiva. El diagnóstico de hemorragia alveolar se realizó documentando los macrófagos con hemosiderina intracelular y el síndrome antisintetasa se clasificó por la presencia de una imagen tomográfica compatible con Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada más la presencia de anticuerpos asociados a miositis (PL-12 y Ro-52),

se descartó la presencia de una vasculitis por las características de la biopsia y por la ausencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), el paciente presentó buena respuesta a la hidrocortisona, finalmente egresó con prednisona y metotrexate los cuales se mantienen hasta el momento. La patología pulmonar asociada con miositis presenta anticuerpos dirigidos contra diferentes amino-tRNA sintetetas constituyendo el "síndrome antisintetasa" que incluye miositis, fiebre, fenómeno de Raynaud, "manos de mecánico" (agrietamiento e hiperqueratosis de las superficies laterales de los dedos), poliartritis, y la enfermedad pulmonar intersticial (ILD) El pulmón es el órgano extramuscular más comúnmente involucrado en polimiositis dermatomiositis (PM-DM) y sus complicaciones ocurren en más de 40% de los pacientes, causando significativa morbilidad y mortalidad; es poco frecuente que cause insuficiencia respiratoria o disnea, que se reportan en menos del 5% de los pacientes con enfermedad pulmonar. El compromiso del parénquima pulmonar puede incluir hipertensión arterial pulmonar y hemorragia alveolar difusa con capilaritis pulmonar. La hemorragia alveolar difusa (DAH) es un síndrome clínico-patológico que describe la acumulación intralveolar de eritrocitos procedentes de los capilares alveolares por pérdida de la integridad de la membrana basal en dichos vasos,

resultando en la acumulación de eritrocitos en los espacios alveolares. El síndrome clínico incluye hemoptisis, anemia, infiltrados difusos en radiografía pulmonar e insuficiencia respiratoria hipoxémica. La histopatología incluye glóbulos rojos intraalveolares, fibrina y acumulación de hemosiderina con macrófagos. La histología subyacente más común de DAH es de una vasculitis de pequeños vasos conocida como capilaritis pulmonar, que suele presentarse con vasculitis sistémicas seropositivas, o trastornos del tejido conjuntivo.

Palabras clave: hemorragia alveolar, anti-sintetasa, vasculitis, RO-52.

0331 Dermatomiositis, serie de casos en un hospital del sureste de México

Denis Carlos Alberto, Ruiz Jesús
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasus (SSA)

Introducción: la dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática, caracterizada por debilidad proximal de los músculos con evidencia histológica de inflamación. Se asocia con múltiples presentaciones y afección cutánea. Se caracteriza con signos cutáneos clásicos como son pápulas de Gottron así como eritema heliotropo, eritema facial o fotosensibilidad. Clásicamente con elevación de enzimas musculares como son CKP, aldolasa, TGO, TGP

y DHL. Se asocia a positividad para anticuerpos anti-Jo, anti MI2, anti-sintetasa y anti-SRP. Deberá siempre buscarse malignidad como causas de la misma ya que una presentación común es síndrome paraneoplásico. Dentro del diagnóstico se basa en criterios de Bohan and Peter El tratamiento recomendado es a base de megadosis de esteroide 1 mg/kg / peso y en casos especiales adyuvante con azatriopina o metotrexate. **Material y métodos:** se incluyen 4 pacientes del sexo femenino con promedio de edad de 35.5 años (23-45 años), de los cuales 3 de ellos con síntoma cardinal de debilidad proximal en la cintura escapulares y progresión a miembros pélvicos; 1 paciente con síntoma inicial de afección cutánea con datos de urticaria, eritema heliotropo y fotosensibilidad. 2 pacientes con disfagia severa ameritando colocación de sonda gastrostomía. Dentro de los laboratoriales con CPK promedio de : 2817 UI/ml (666-7845 UI/ml), aldolasa 102 mg/dl (2 pacientes), TGO promedio 1448 UI/dl; (2) pacientes se logro realizar biopsia de músculo con datos compatibles de infiltrado linfocítico miopatía aguda, electromiografía (1) datos de fibrilación compatible con miopatía crónica y patrón axonal difuso en velocidad conducción. Anticuerpos anti-jo negativos, anti MI2 + (1). Se inició búsqueda intencionada de enfermedad autoinmune con ANA, anti DNA, siendo negativo en los 4 pacientes, así como screening para



malignidad principalmente tubo digestivo sin encontrar evidencia de la misma. Los 4 pacientes se inicio manejo con prednisona 1 mg/kg con respuesta adecuada a las 4 semanas por 3 pacientes y 1 paciente sin respuesta de la misma quien perdió su seguimiento. 2 pacientes con uso de azatriopina como adyuvante.

Conclusiones: la dermatomiositis es una enfermedad poco frecuente consideramos subdiagnosticada, con retraso en el diagnostico en promedio de 6 meses en nuestra series de casos. Se ha asociado a malignidad no se encontró en ninguno de nuestros pacientes.

Palabras clave: dermatomiositis, serie casos.

0335 Síndrome isquémico coronario agudo en vasculitis asociada a ANCAS con afección ocular, respiratoria, renal, hemática y ótica

Caballero Claudia, Contreras Oscar Omar, Estrada Emilio, Jaimes Kathia María

Centro Médico ISSEMYM Toluca

Las vasculitis asociadas a ANCA se caracterizan por inflamación de vasos de pequeño y mediano calibre, comprendiendo 4 diferentes entidades. Se presenta caso con complicaciones comunes y otras de menor incidencia descrita entre ellas afección cardiológica. Masculino de 52 años, antecedente de hiperuricemia. Inicia padecimiento 2 meses previos con hipoacusia, rinosinusitis, otalgia,

pérdida ponderal, hemoptisis, disnea, artralgias y fiebre. A la exploración úlceras orales, epiescleritis, estertores crepitantes interescapulovertebrales, púrpura palpable en miembros inferiores. Paraclínicos: Hb 9, Cr 2, proteinuria 150 mg/dl (617 mg/24hrs), eritrocituria (dismórficos), TAC con img. sugerentes de pólipos en cornetes nasales, parénquima pulmonar con cavitaciones, llenado alveolar, vidrio despulido sugerentes de hemorragia alveolar, se integra síndrome de pulmón-riñón pb. vasculitis de pequeño-mediano vaso, se inicia protocolo de estudio y tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Cursó con falla respiratoria requiriendo manejo avanzado de la vía aérea y manejo en Terapia Intensiva, con posterior desarrollo de Neumonía Intrahospitalaria. Presentó síndrome isquémico coronario agudo con lesión subepicárdica en cara inferolateral y elevación de marcadores cardiacos, se realiza angioplastia, encontrando coronaria derecha con lesión del 60%, oclusión total en ramo interventricular posterolateral con img. de trombo definitivo, se colocan 2 stents y antiagregación plaquetaria dual. Se inicia manejo con Gammaglobulina. Se obtiene resultados: c-ANCA 1:640, Ac antiperoxidasa 447, Ac antiPR3 138, FR 34, C3 1.2, C4 .26, Ac antimembrana basal, p-ANCA, ANAs y Anti-DNA negativos, biopsia de piel vasculitis leucocitoclástica. Se

integra diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA (afección cardiaca, ocular, respiratoria, renal, hemática, ótica). Presenta HTD sin evidencia del sitio por panendoscopia, se decide tratamiento quirúrgico, encontrando 2 úlceras a 40 y 80 cm del ángulo de Treitz ameritando resección intestinal. Presenta tórpidas evolución con nueva falla respiratoria y hemodinámica, presentando paro cardiaco y defunción. Las vasculitis sistémicas representan un reto diagnóstico, se deberá de tomar en cuenta afecciones orgánicas más comunes sin olvidar otro tipo de complicaciones escasamente descritas en la literatura que comprometen la vida, siendo importante no dar retraso al diagnóstico ni subestimar inicio y tipo de tratamiento.

Palabras clave: vasculitis, ANCA, SICA, reumatología, cardiología.

0336 Ictus hemorrágico como manifestación de síndrome antifosfolípido

Fuentes Ana Gabriela, Maya Alejandro, Vargas David Alejandro, Avilés Mayra Eugenia, Salas Ana Karen, Ramírez Nishalle
Hospital General de México

Introducción: el síndrome antifosfolípido (SaF) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la aparición de trombosis venosa o arterial y/o morbilidad obstétrica con positividad para anticuerpos antifosfolípido. Es la trombofilia adquirida más frecuente

y raramente puede cursar con manifestaciones hemorrágicas.

Descripción del caso: mujer de 38 años, gesta 2, para 2, con antecedente de trombosis venosa de pierna derecha en el año 2013, sin protocolo diagnóstico previo, tuvo tratamiento anticoagulante posterior durante 3 meses el cual suspendió voluntariamente. En julio de 2016 presenta de manera súbita caída de su propia altura con pérdida del estado de alerta por 5 minutos, se reincorpora con afasia global, disartria y hemiparesia faciobraquial izquierda. Al ingreso a nuestro hospital se encontró con signos vitales normales, biometría hemática (328 mil plaquetas), examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación sin alteraciones (INR 1.1), anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipinas IgG e IgM, ANAs y anti-Sm negativos; se realizó TC simple de cráneo que mostró zona hiperdensa en rango hemático adyacente al giro temporal inferior derecho, con evolución favorable, egresando por mejoría. **Conclusión:** las manifestaciones clínicas habituales relacionadas con el síndrome antifosfolípido incluyen eventos trombóticos arteriales o venosos, complicaciones obstétricas y alteraciones hematológicas (trombocitopenia y anemia hemolítica las manifestaciones hemorrágicas son excepcionales y se suelen asociar a trombocitopenia

grave, disfunción plaquetaria, inhibidor adquirido del factor VIII o déficit de protrombina, también se han descrito anticuerpos antiprotrombina que causan hipotrombinemia grave. Los cuadros hemorrágicos en el SaF generalmente ocurren sin eventos trombóticos, sin embargo se han descrito casos de pacientes con anticoagulante lúpico positivo que presentan hemorragias importantes y casos aún más raros en los que una misma paciente presenta fenómenos trombóticos y hemorrágicos como es el caso de nuestra paciente. El tratamiento se basa en la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K; en la elección del tipo, duración e intensidad del mismo, es importante evaluar el territorio vascular involucrado, el perfil de riesgo hemorrágico y de trombosis, la recurrencia y las comorbilidades asociadas. Luego de la recuperación del evento hemorrágico de esta paciente, egresó con tratamiento a base de warfarina.

Palabras clave: síndrome antifosfolípido, EVC hemorrágico, ictus, trombosis venosa profunda, hemorragia, anticoagulante lúpico.

0347 Polineuropatía sensitivo motora en diabético de reciente diagnóstico asociado a miopatía inflamatoria idiopática: reporte de caso

Prado Carlos Andrés, Zapata Rogelio

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: dentro del abordaje de una polineuropatía sensitivo motora debe considerarse la miositis por cuerpos de inclusión la cual se presenta predominantemente en hombres mayores de 50 años con cuadro clínico de presentación subaguda a crónica con afección muscular asimétrica y frecuente de la musculatura distal siendo característica la afección del cuádriceps, musculatura de la muñeca, músculos flexores de los dedos y los encargados de la dorsiflexión del tobillo.

Descripción del caso: hombre de 52 años con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. Hipertensión arterial de 5 meses en tratamiento con enalapril. Inicia hace 6 meses con debilidad distal en miembros torácicos y predominio de falanges distales que progresa en forma ascendente hacia cintura escapular, incapacidad para prensión y realizar pinza fina de forma bilateral, sin disfagia; afección de miembros pélvicos distal, dificultad para mantenerse erguido y caminar. En la exploración física con flexores del cuello con fuerza muscular 5/5, cintura escapular 3/5, extremidades superiores distales 3/5, cintura pélvica 4/5, extremidades inferiores distales 3/5. No hay alteraciones en la sensibilidad. Exámenes de laboratorio: CPK 964 U/L, mioglobina 145.9 ng/ml, glucosa 172 mg/dl, creatinina 1 mg/dl. HbA1c 6.92%. Electrolitos normales. Velocidad de sedimentación globular 40



mm/hora. PCR: 12.3 mg/L. Perfil tiroideo normal. Marcadores tumorales negativos. Sin criterios de clasificación para enfermedades de tejido conectivo. Se realiza estudio de neuroconducción que reporta miopatía con distribución topográfica intermedia y distal de las 4 extremidades con evidencia de polineuropatía sensitivo y motora de predominio motor del tipo de la degeneración axonal y desmielinización secundaria. Se realiza biopsia de músculo cuádriceps que reporta pérdida de arquitectura fascicular, grupos de fibras atroficas grandes, presencia de fibras redondas y pequeñas anguladas, cambios nucleares proliferativos y morfológicos miopáticos, sin vacuolización. **Conclusiones:** en este caso aunque la biopsia no es totalmente compatible, por la evolución crónica, edad mayor de 50 años, género, afección mixta (miopática y neuropática), de acuerdo a las categorías diagnósticas cumple criterios para probable miositis por cuerpos de inclusión según criterios de Griggs y Dalakas, aunque de cuadro atípico por afección distal. Existen factores relacionados con la preservación de la muestra que dificultan el diagnóstico.

Palabras clave: polineuropatía sensitivo y motora, miopatía inflamatoria idiopática, miositis por cuerpos de inclusión, biopsia de músculo, fibras atroficas, vacuolización.

0365 Polimiositis paraneoplásica como manifestación de

carcinoma ductal infiltrante: reporte de un caso

Figuroa Gabriel, Orizaga y Thelma Laura, Jiménez Edgar Iván

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: el cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. Es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer. La polimiositis es una miopatía inflamatoria crónica que típicamente tiene una causa autoinmune pero puede ser asociada a infecciones o neoplasias. A continuación se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de polimiositis paraneoplásico por un carcinoma ductal infiltrante. **Caso clínico:** se describe el caso de una paciente femenina de 65 años con hipotiroidismo, quien acudió al servicio de urgencias, por presentar debilidad de cintura escapular de predominio derecho de un mes y medio de evolución que posteriormente se vuelve bilateral y se extiende a miembros inferiores hasta imposibilitar la marcha. En la exploración física a su ingreso se encuentra fuerza muscular de 3/5 en miembros superiores, 2/5 en miembros inferiores bilateral y simétrica, ambas de predominio proximal y se palpa masa en cuadrante superior de

mama y ganglio axilar, resto de la exploración sin anomalías. Durante su internamiento se encuentra CPK 1.5 veces el límite mayor de referencia e hipalbuminemia, reactantes de fase aguda elevados, el perfil tiroideo se encuentra normal. Se realizó perfil completo de miositis, ANA's, Anti-dsDNA y Anti-Sm con resultado positivo para ANA's 1:320, anti-RO52 +++ y anti-MDA5 indeterminado. En RM se reportó inflamación difusa de músculos de compartimiento posterior de muslo, en biopsia se encontró infiltrado inflamatorio crónico y atrofia de miofibrillas. En mamografía y US de mama se reportó lesión BIRADS 4, posteriormente en biopsia se evidenció carcinoma ductal infiltrante con invasión angiolinfática y perineural. En TAC de extensión se observó lesiones hepática, ósea y suprarrenal, además de engrosamiento pleural bilateral. Se inició metilprednisolona 50 mg al día y dosis única de metotrexate 25mg subcutánea, con mejoría sustancial de la fuerza muscular. La paciente fue egresada posterior a mejoría clínica con referencia a oncología médica para continuar su tratamiento definitivo. **Discusión:** la polimiositis presenta típicamente debilidad, enzimas musculares elevadas, signos de infiltrados inflamatorios predominio mononuclear en biopsia de músculo afectado. Más de un 65% de los pacientes tienen anticuerpos anti-Jo(+). Nuestra paciente presentó anti-Ro52 (+), asociados a neoplasias.

Palabras clave: polimiositis, cáncer de mama, miopatía inflamatoria crónica, síndrome paraneoplásico, anti-Ro52, miositis.

0368 Hemorragia alveolar como presentación clínica, en paciente con poliangeítis microscópica (PAM). Reporte de un caso

Domínguez Sandra Ivet, Rojas Flor Elena, Cajina Daniela, Martínez María Cristina, Hernández José Luis, Infante Héctor, Olguín Gabriela

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

La poliangeítis microscópica es una enfermedad autoinmune: caracterizada por una vasculitis sistémica que afecta a los vasos de pequeño calibre, se asocia con la presencia de autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). hay predominio en sexo masculino (2:1), con edad de inicio entre 50-60 años. el cuadro clínico es múltiple ya que afecta de forma sistémica: la púrpura palpable es la manifestación más común, se produce en el 30-60% de los pacientes. La afectación renal característica es la glomerulonefritis rápidamente progresiva, se presenta en 50% de los pacientes. y la afectación pulmonar se puede ver en un 10-20%, se presenta con un cuadro de hemoptisis, hemorragia alveolar y edema pulmonar. masculino de 46 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica de 6 años de evolución de causa desconocida en

tratamiento con hemodiálisis. Acude a nuestra unidad por presentar disnea de medianos esfuerzos de 2 semanas de evolución, tos y hemoptisis. a su ingreso se encuentra con datos francos de dificultad respiratoria, estertores crepitantes bilaterales, hipoxemia al aire ambiente hasta el 40%. se inicia manejo avanzado de la vía aérea y se toman paraclínicos que reportan leucos 4800 neutros 3,900 Hb 5.6 Hto 16 % VCM 86 HCM 29.9 plaquetas 260, CR 12.6 urea 179 BUN 84. Radiografía con la presencia de infiltrados alveolares confluentes, bilaterales, respetando los ápices. durante su evolución pasa a hemodiálisis, transfusión de hemoderivados. se realiza broncoscopia la cual muestra abundantes secreciones hemáticas provenientes de ambos arboles bronquiales de predominio derecho, cambios inflamatorios agudos de todo el árbol bronquial, hemorragia alveolar. la citología de lavado bronquial con macrófagos cargados de hemosiderina ,biopsia pulmonar con hemorrágica necrotizante y capilaritis alveolar así como infiltración neutrofílica. se realizan estudios inmunológicos con positividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona y posteriormente ciclofosfamida, presentado mejoría de el cuadro, logrando su estabilización y alta con tratamiento inmunosupresor. el tratamiento para los pacientes

con hemorragia alveolar por pam incluyen inmunosupresión agresiva y el recambio plasmático. En los casos graves, ventilación mecánica. sin embargo, la hemorragia alveolar se asocia con un peor pronóstico, los pacientes tienen 9 veces más probabilidades de morir y tienen mayores tasas de recaída

Palabras clave: hemorragia, alveolar, vasculitis, poliangeítis, microscópica.

0380 Vasculitis intestinal y trombosis de la vena cava inferior como presentación inicial en paciente con lupus eritematoso generalizado y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos secundario

Radillo Hugo Alberto, Lechuga David Emmanuelle

Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

La vasculitis intestinal es una presentación relativamente rara que se encuentra en mayor manera en pacientes con enfermedades autoinmunes de base como lupus o poliarteritis nodosa y que genera síntomas inespecíficos (dolor abdominal, emesis, etc) a expensas de isquemia mesentérica. Se trata de una mujer de 19 años de edad sin conocimiento de enfermedades subyacentes ni antecedentes heredofamiliares referidos quien se presentó al departamento de urgencias por presentar cuadro de dolor en abdomen de gran intensidad, generalizado y con evolución de 3 días asociado



a emesis de contenido gastrobiliar y distensión abdominal. Durante su estancia se descarta entidad de manejo quirúrgico mediante maniobras clínicas y un ultrasonido que denotó la presencia de abundante líquido en cavidad abdominal. Al interrogatorio dirigido, reveló la paciente la presencia de úlceras orales, caída de cabello y dolor articular de 10 meses de evolución. Ante la sospecha de lupus, se solicitaron anticuerpos anti DNA de doble cadena, ANA y anti-Sm, los cuales resultaron positivos. Así mismo, se realizó una tomografía contrastada en donde documentamos la presencia de el signo de la dona y un trombo de gran tamaño alojado en la cava inferior. Ante los hallazgos comentados, se sospecha síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos secundario y se confirma mediante la determinación de anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas positivos. Se decide administrar metilprednisolona en dosis de pulso por 3 días logrando mejoría del cuadro abdominal e iniciar a su egreso hospitalario inmunomoduladores. Concluimos que el diagnóstico de vasculitis intestinal requiere un alto índice de sospecha clínica apoyada de estudios complementarios dado a lo infrecuente e inespecífico de su presentación, en pacientes con autoinmunidad subyacente.

Palabras clave: lupus, vasculitis, trombosis, antifosfolípidos, autoinmune, Reumatología.

0394 Estado epiléptico no convulsivo como manifestación neuropsiquiátrica poco frecuente asociada a lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso

Pech Laura Olivia, Sánchez Dora Alejandra, Galván Alejandra, López Jorge Octavio, Cruz Antonio, Ceceña Laura Elena
Hospital General de México

El estado epiléptico no convulsivo (EENC), es un término utilizado para señalar condiciones en las que la actividad epiléptica electroencefalográfica es prolongada y da lugar a síntomas clínicos no convulsivos. Tiene una incidencia calculada entre 2 a 20 casos por 100,000 habitantes/año. Usualmente se presenta en pacientes con enfermedades neurológicas preexistentes y raramente es asociado a enfermedades sistémicas autoinmunes. Se presenta el caso de una mujer de 26 años con antecedente de DM 2 e hipertiroidismo. Inicia padecimiento actual 4 días previos a su valoración con fiebre, desorientación temporo-espacial, lenguaje incoherente y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, además de somnolencia alternante con periodos de agitación psicomotriz, el resto de la exploración neurológica es normal. Química sanguínea, perfil tiroideo y análisis de LCR en parámetros normales, TAC de cráneo sin alteración. El EEG presenta datos compatibles con estado epiléptico no convulsivo

generalizado, sin remisión con fármacos de primera y segunda línea. Clínicamente presenta datos compatibles con actividad lupica por manifestaciones mucocutáneas, articulares, renal e inmunológica corroborados con Ac. anti DNA 749.12 UI/ml, Ac. antinucleares con patrón homogéneo 1:160, hipocomplementemia (C3 21.00 mg/dL, C4 1.92 mg/dL) y Ac. anticardiolipinas IgM 209.62 MPL/ML. Se decide inmunosupresión con metilprednisolona con remisión del estado epiléptico. El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune multisistémica, en la que los síntomas neuropsiquiátricos afectan hasta el 90% de los pacientes. En un metaanálisis que incluyó 2049 pacientes con LES la prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas fue del 56%, con afectación a SNC en un 90%. Las manifestaciones más frecuentes fueron cefalalgia 28.3%, trastornos del estado de ánimo 20.7%, disfunción cognoscitiva 19.7%, crisis epilépticas 9.9% y enfermedad cerebrovascular 8.0%. evidenciando la fisiopatología multifactorial dentro del espectro vascular, inflamatorio y neurotóxico por lo que el manejo inmunosupresor conlleva a una adecuada respuesta entre el 60-70% de los pacientes. El presente caso clínico puede considerarse uno de los primeros reportes en la literatura médica de EENC como manifestación neuropsiquiátrica de lupus eritematoso sistémico.

Palabras clave: estatus epiléptico no convulsivo, lupus eritematoso sistémico, manifestaciones neuropsiquiátricas, neuropulmonar.

0410 Femenino de 25 años con síndrome riñón-pulmón como manifestación de lupus eritematoso sistémico y vasculitis asociada a ANCA. Estableciendo la relación. ¿se trata de un síndrome de sobreposición?

Heredia David José, García Iveth Eunice

Hospital Juárez de México

Descripción del caso: femenino de 25 años que cuenta con antecedentes de monoartritis de rodilla derecha en estudio por el servicio de Reumatología el líquido sinovial inflamatorio, negativo para malignidad y cultivo negativo, se dio seguimiento por Infectología por positividad para PPD (+) 25 mm y recibió tratamiento para tuberculosis latente por 9 meses, Hospitalización por meningitis bacteriana en el 2009. Sin crecimiento en cultivos bacterianos. PCR para Tb en LCR y cultivo para Tb negativos. Inicio su padecimiento 7 días previos a su ingreso con tos no productiva que posteriormente productiva con expectoración verdosa, abundante y acompañada de hemoptoicos y disnea de medianos esfuerzos. La TC de tórax con neumonía y derrame pleural bilateral. ELISA para VIH, cultivos de expectoración BAAR negativos. Durante su evolución presenta dolor súbito 10/10 EVA en rodilla derecha, que drena

espontáneamente aproximadamente 400 ml de contenido purulento. Se realiza lavado quirúrgico, se toma biopsia de sinovial y de hueso cóndilo medial, posteriormente cursa con crisis convulsivas tónico clónicas con estado epiléptico, requirió manejo avanzado de la vía aérea, TC de cráneo demuestra proceso rinusinusoidal crónico, EEG con hallazgo de bajo voltaje de su actividad de fondo para la edad. Se progresa y se logra extubar con éxito a las 72 horas. RMN de cráneo se encuentra con cambios corticales mayores a lo esperado para la edad de paciente. Presentó hematuria macroscópica y elevación de TA, el sedimento urinario demuestra Eritrocitos por campo Incontables dismórficos. El reporte de biopsia de musculo y hueso con Vasculitis granulomatosa con células gigantes multinucleadas con inflamación crónica con predominio de células plasmáticas en tejidos blandos, Tejido sinovial con inflamación crónica, Hueso con cambios vasculares vasculíticos. Los estudios inmunológicos reportan: C3 y C4 disminuidos, Coombs, ANAs, c-ANCA, anticuerpo anti-Sm y Anti-DNAcD positivos. Posteriormente presenta deterioro respiratorio súbito se realiza intubación orotrqueal, TC de Tórax muestra datos de hemorragia alveolar. La paciente fallece por complicaciones infecciosas pulmonares. **Conclusiones:** el rol de los ANCA en el LES no se encuentra bien definido. La

presentación inicial de este síndrome de sobreposición es grave. Reportamos el caso de una paciente con LES con afectación pulmonar y renal (síndrome riñón-pulmón) con c-ANCA positivos, una asociación infrecuente.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, vasculitis asociada a ANCA, síndrome riñón-pulmón, hemorragia alveolar, nefritis lúpica, glomerulonefritis.

0415 Lesión renal aguda en paciente con debut de granulomatosis con poliangeítis y antecedente de tuberculosis genitourinaria

Contreras Candido, López Alin Cristela, Niño Sandra Kira, Fernández Joaquín, Jiménez Diego
Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción: la granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis de pequeños vasos asociada a c-ANCA, con manifestación inicial de la vía aérea superior e inferior en un 90%. En el caso de debut con insuficiencia renal grave esta es de 11 a 17% con muy mal pronóstico y alta mortalidad, aunado a hemorragia alveolar. **Descripción del caso:** hombre de 37 años. Antecedente de tuberculosis genitourinaria con tratamiento en fase de sostén. Inicio 5 meses previos con infección de vías urinarias de repetición y síndrome febril. Fue abordado por urología quien realizó urografía excretora con reporte de imagen con uréter



arrosariado por lo que inició terapia farmacológica para *M. tuberculosis*. Cursó con escleritis anterior. Después de un mes tuvo derrame pericárdico y realizaron pericardiocentesis evacuadora, ameritando después pericardiotomía por pericarditis constrictiva, el reporte de biopsia indicó proceso inflamatorio. Progreso con síndrome febril una semana previa al ingreso. Durante su estancia hospitalaria se realizó endoscopia con evidencia de pólipos laríngeos con evidencia macroscópica de lesiones granulomatosas. Cursó con falla renal aguda requiriendo de terapia de sustitución con Hemodiálisis. Continuó con deterioro hemodinámico requiriendo de asistencia mecánica ventilatoria y apoyo de aminas desarrollando hemorragia alveolar con compromiso hemodinámico fatal. Postmortem se recaba perfil inmunológico para granulomatosis con poliangeítis. **Conclusión:** la granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis de pequeños vasos poco frecuente con una prevalencia de 3/100,000 habitantes, con ligero aumento entre los 30 a 60 años. Tiene como manifestación principal la afección de la vía aérea superior, pulmonar y renal, acompañada de positividad para c-ANCA. Es la principal causa identificada de hemorragia alveolar. El debut con insuficiencia renal grave es poco reportado, pero con mortalidad elevada. La asociación con tuberculosis pulmonar se ha descrito en algu-

nos casos. En pacientes jóvenes con manifestaciones sistémicas como compromiso ocular y daño renal debe sospecharse etiología autoinmune.

Palabras clave: granulomatosis con poliangeítis, falla renal aguda, pericarditis, pericardiotomía, tuberculosis genitourinaria.

0429 Asociación de los niveles séricos de TLR7 con el índice aterogénico plasmático en pacientes con artritis reumatoide seropositivos sin comorbilidades

Mariño Bertha Alicia¹, Aguilar Jorge Enrique², Martínez Erika Aurora³, Vázquez Del Mercado Mónica⁴, Chavarría Efrain⁵, Gómez Eduardo⁶, Pizano Oscar⁷

¹ Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I Menchaca, División de Medicina Interna; ² Servicio de Reumatología del Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I Menchaca. División de Medicina Interna. Programa PNPC Conacyt 004086; ³ Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético. Departamento de Fisiología, CUCS, UdG, Guadalajara, Jal. México. CA-UdG703 PRODEP; ⁴ Servicio de Reumatología del Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I Menchaca. División de Medicina Interna. Programa PNPC Conacyt 004086. CA-UdG703 PRODEP Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema M&UACU; ⁵ Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético. Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales; ⁶

Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético. Departamento de Fisiología, CUCS, UdG, Guadalajara, Jal. México; ⁷ Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético. Departamento de Clínicas Médicas. CA-UdG703 PRODEP.

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica y autoinmune. La causa principal de mortalidad es de origen cardiovascular, desencadenada por la presencia de aterosclerosis acelerada temprana, lo que sugiere que la AR es un riesgo cardiovascular independiente. Los receptores tipo Toll (TLRs) son reconocidos como vínculo entre el sistema inmune innato, la inflamación y aumento del riesgo cardiovascular, ya que promueven la aterogénesis a través del daño endotelial. Actualmente se desconoce el rol de TLR7 en aterosclerosis, sin embargo existen estudios recientes en modelos animales que han demostrado el papel importante de este receptor en la persistencia de inflamación, favoreciendo a la aterosclerosis. **Objetivo:** analizar la asociación de los niveles séricos de TLR7 con el índice aterogénico plasmático en pacientes con AR seropositivos sin comorbilidades. **Materiales y métodos:** es un estudio analítico transversal, se estudiaron de forma consecutiva pacientes adultos c/diagnostico de AR atendidos en la consulta

externa de Reumatología del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca; los cuales no contaban con comorbilidades conocidas asociadas a aterosclerosis; se les realizó evaluación clínica y extracción de sangre para determinar quienes presentaban factor reumatoide (FR) positivo o negativo; se clasificaron como grupo de estudio aquellos con FR + y grupo control aquellos con FR(-) se determinaron niveles séricos de TLR7 mediante ELISA, niveles de TG, CT, HDL-c, LDL-c, así como VSG y PCR.

Resultados: se incluyeron un total de 67 pacientes; un grupo de estudio de 39(58.2%) pacientes con FR + y un grupo control de 28(41.8%) pacientes con FR(-), con una edad media de 41.7 +/- 11.36 años. La concentración sérica media de TLR7 fue de 4.6 ng/ml. Se determinó el índice aterogénico plasmático (ITP) encontrándose una correlación estadísticamente significativa de los valores séricos de TLR7 aumentados con el ITP en pacientes con FR + ($r=0.37$, $p=0.021$) en comparación con los pacientes con FR(-). **Conclusiones y Discusión:** aquí se presenta la primera investigación sobre los niveles séricos de TLR7 como modulador en el proceso de inflamación y su correlación con el riesgo cardiovascular mediante la medición del ITP en pacientes con AR, poniendo de manifiesto la correlación positiva significativa entre los niveles séricos de TLR7 y pacientes con AR y FR+, por lo que la determinación de estos

TLRs podría abrir una pauta para una nueva diana terapéutica.

Palabras clave: artritis reumatoide, receptores tipo Toll, TLR7, riesgo cardiovascular, índice aterogénico plasmático.

0436 Asociación de dermatomiositis con enfermedad pulmonar intersticial y psoriasis vulgar: reporte de un caso

Cabrera Diana Sofía, Torres Jessica, Giraldo Diego Alejandro, Ayala Ivonne Alexandra, Rosales Víctor Hugo, Sánchez Virginia Hipólita

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La dermatomiositis es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por inflamación de la piel y músculo. Las alteraciones en la piel pueden preceder las alteraciones musculares y pulmonares. Presentamos un caso de dermatomiositis asociado con psoriasis y enfermedad pulmonar intersticial. Hombre de 56 años con psoriasis vulgar desde 2010, inicia padecimiento en junio de 2016 con dermatosis diseminada en región malar, región dorsal del tórax, zona V del escote, codos, manos y rodillas constituida por rash maculopapular eritematovioláceo, con escama fina, pruriginoso, acompañado de pápulas de Gottron y eritema en heliotropo, que remitían parcialmente con emolientes y esteroide tópico. Se agrega disnea de pequeños esfuerzos y tos no productiva, disminución simétrica y progresiva de

la fuerza proximal, limitando la marcha, así como fiebre intermitente e hipoxemia. Laboratorios con ALT, AST y DHL elevadas y anti-Jo (-), enzimas musculares, biometría hemática y química sin alteración. Se realizó TACAR pulmonar que evidencia en bases engrosamiento de septos interlobulillares, intersticio peribroncovascular y subpleural, con superposición de infiltrado en vidrio deslustrado; pruebas de función pulmonar sugestivo de restricción. Electromiografía compatible con miopatía, con alteración en inserción, inestabilidad de membrana y disminución en la amplitud y duración del potencial de acción en músculos: tibial anterior, vasto medial y bíceps braquial. Toma de biopsia de piel compatible con psoriasis. Se inicia tratamiento con dezaflacort y metotrexate, con recuperación de fuerza, disminución de las lesiones dérmicas, remisión de la fiebre, así como de la manifestación pulmonar. Hay pocos casos reportados en la literatura de la relación entre dermatomiositis y psoriasis, tienen patrones topográficos de compromiso cutáneo similares, lo que hace difícil diferenciarlas o sospechar solapamiento. Nuestro paciente fue tratado como psoriasis durante un largo periodo, donde fue afectada su calidad de vida por debilidad y disnea. El uso de corticoide y metotrexate fue la piedra angular en el tratamiento, con mejoría de compromiso en piel, miopatía y manifestaciones pulmonares.



Palabras clave: dermatomiositis, psoriasis, miopatías inflamatorias, enfermedad pulmonar intersticial, metotrexate.

0442 Artritis reumatoide y LES, reporte de un caso de paciente con rhusus

Camacho Jovanni

Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE

Introducción: "rhusus" es una condición clínica poco frecuente, con un estimado de entre 0.01 y 2% en la población, relacionada con anticuerpos anti-CCP, caracterizado por la superposición de características clínicas e inmunológicas de artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES). El daño severo con afección a nivel hematológico ha sido especialmente notificado a ser poco frecuente en los pacientes con síndrome de rhusus. Aquí, se presenta una concurrencia de AR y LES en una mujer mexicana.

Descripción del caso: se trata de paciente femenino de conocida con diagnóstico de AR desde hace 15 años en tratamiento actual con AINES y con FARME biológico (rituximab quien ingresa debido a presentar actividad severa de AR (SDAI 46 pts. sin embargo con alteraciones sistémicas: a nivel hematológico (anemia hemolítica) y linfopenia, así como con serositis con ecocardiograma reportando pericarditis y telerradiografía de tórax con derrame pleural izquierdo de 20%. En estudios

de laboratorio Anti-CCP 2500 U y Anti-DNA doble cadena positivos 1:320; por lo que se establece diagnóstico de rhusus. Durante su estancia presentando TVP femoropoplitea izquierda corroborada por USG doppler, así como con alta sospecha de TEP con Wells de 9 pts, a espera de corroborar diagnóstico con Gammagrama v/q pulmonar (alérgica a medio de contraste), con respuesta adecuada a Enoxaparina. A pesar de tratamiento con metilprednisolona 3 bolos de 1G, con persistencia de actividad con SLDAI de 14 pts. con predominio en sistema hematológico presentando LEU 0.8 X 103/μl, NEU 0.7 X 103/μl, LINF 0.1 X 103/μl, PLQ 42 X 103/μl, VSG 63, PCR 163.7mg/L, HB 6.4g/dl, VCM 84 f, HCM 27 PG, COOMBS directo positivo, por lo que se envió para continuar manejo en 3er nivel de atención debido a no contar con insumos para continuar abordaje terapéutico y diagnóstico, en donde falleció debido a complicaciones infecciosas.

Conclusiones: coexistencia de LES y AR, y en este caso también con alta sospecha de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lo hacen una forma de presentación clínica rara, aunque no impensable, trabajos previos han observado elevada frecuencia de anticuerpos anticardiolipinas en pacientes mexicanos con rhusus, aunque sin presentar eventos de trombosis. Así mismo llama la atención la elevada presencia de anti-CCP siendo comentada en

la literatura como un marcador de actividad específicamente en rhusus, lo que pudiese explicar la agresividad del cuadro de esta paciente.

Palabras clave: rhusus, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, anti-CCP, anemia hemolítica, trombocitopenia.

0453 Neuropatía óptica isquémica bilateral y derrame pericárdico como manifestaciones iniciales de lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso

Torres Laura Victoria, Albarracín José Luis, Flores Guillermo
Instituto Mexicano del Seguro Social CMN SXXI

Las manifestaciones oftalmológicas como parte de la presentación del LES se han descrito hasta en 20-40% de los pacientes; sin embargo la afección de nervio óptico se ha llegado a clasificar como excepcional. Se presenta el caso de un masculino de 28 años, originario y residente de la Cd. de México, sin antecedentes personales patológicos de importancia, quien inicia con disminución de la agudeza visual, posteriormente cursando con tos seca, emetizante no cianozante, progresiva, de 2 meses de evolución, así como picos febriles cuantificados en 39°C, de predominio nocturno, acompañados de diaforesis. Recibió tratamiento con antiviral por probable enfermedad tipo influenza sin mejoría, de manera externa se solicitó radiografía de tórax con evidencia de derrame pleu-

ral y cardiomegalia. A su ingreso se encontró hemodinamicamente estable, con disminución de la agudeza visual, sin otro dato de afección neurológica, presencia de derrame pleural bilateral aproximadamente del 30%, ruidos cardiacos aumentados en frecuencia, adecuada intensidad sin agregados, edema de miembros pélvicos bilateral ++ hasta tercio superior, sin otras anormalidades. Se solicitó valoración por el servicio de cardiología realizándose ECO-TT con evidencia de derrame pericárdico de mas de 1000 cc, no se consideró posible la realización de pericardiocentesis ya que la localización del derrame era de predominio posterior por lo que se mantuvo en vigilancia con realización de ecografías seriadas, sin presentar datos de tamponade durante su estancia. Fue valorado por el servicio de oftalmología encontrando desprendimiento seroso de retina bilateral, con realización de fluorangiografía en la cual se concluye la presencia de neuropatía óptica isquémica en ambos ojos. Dentro de los estudios de laboratorios se encontró positividad para anticuerpos antinucleares (1:640) estableciéndose el diagnóstico de LES, por lo que se inicio tratamiento inmunosupresor con adecuada respuesta. Estudios de relevancia: • 22.04. 16: C3: 28.8, C4: 3.8, Anti Sm: 53.9, Anti Ro: 31.18, anti RNP/ SM: 100. • 25.04.16 PCR negativa para *Mycobacterium tuberculosis*.

ECOTT: FEVI 78%. VD dilatado con hipocinesia, FEVD conservada. Derrame pericárdico de 1226 ml sin tamponade. **Conclusión:** la neuropatía óptica isquémica es una manifestación infrecuente de LES (reportes en 1% de los pacientes), usualmente encontrada posterior a establecida la enfermedad autoinmune, siendo vital dar tratamiento con prontitud.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, neuropatía óptica isquémica, derrame pericárdico.

0463 Lupus eritematoso de inicio tardío y enfermedad pulmonar intersticial

De los Santos Julio Alfonso, Cruz Rubén

Hospital Juárez de México

Paciente femenino de 64 años de edad, con los antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, en tratamiento con metformina 850mg/24hrs, con mal apego y control al tratamiento farmacológico. Niega convivencia con tosedores crónicos y alérgicos. inicia su padecimiento el día 16 de mayo de 2016 por cuadro caracterizado por astenia, adinamia, hiporexia y disnea de medianos esfuerzos, acompañado de dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho, de intensidad de 8 en escala de 10, sin irradiaciones, por lo cual acude al hospital General San Felipe el Progreso el día 19.05.16 en donde se documenta pancitopenia, por lo que se decide transfundir 2 concentrados eritrocitarios sin presentar complicaciones. Se

realiza aspirado medular el día 21.05.16 encontrándose médula ósea hipoproliferativa. El día 22.05.16 se encuentra paciente con presencia de estertores basales bilaterales y sibilancias de predominio derecho. Es referida a este hospital en donde ingresa el día 26.05.16 con el diagnóstico de anemia aplásica en estudio y neumonía adquirida en la comunidad. A su ingreso al servicio de hematología se inicia tratamiento antimicrobiano con levofloxacino y amikacina con duración de 10 días sin mostrar mejoría, persistiendo con fiebre y neutropenia, por lo que se decide iniciar tratamiento con meropenem durante 5 días. El día 27.05.16 se envía muestra para biopsia de aspirado medular en la cual se reporta médula ósea hiper celular con hiperplasia de la serie eritroide y fibrosis grado 2. Se solicitan anticuerpos anti-CCP y factor reumatoide encontrándose elevados. Debido a la persistencia de fiebre se decide relizar ecocardiograma el día 20.06.16 para descartar probable foco de infección en donde se reporta FEVI DEL 70%, función sistólica del VI conservada, aurícula izquierda y derecha severamente dilatadas, dilatación de ventrículo derecho, insuficiencia tricuspídea severa, hipertensión arterial pulmonar por IT severa y derrame pericárdico moderado. Se realiza tomografía de cuello, tórax y abdomen simple y contrastada el día 20.06.16 en donde se evidencia derrame pleural derecho,



derrame pericárdico, hepatomegalia y linfedema. El día 22.06.16 se interconsulta con el servicio de reumatología, quienes refieren que la paciente no cuenta con criterios de patología reumatológica.

Palabras clave: lupus, Reumatología, enfermedad pulmonar intersticial, inicio tardío, LES de inicio tardío.

0473 Síndrome de Reynolds (SR). Presentación de un caso

Gargallo Antonio, Mejía Alma Berenice, Hernández Éufrates, Olán Francisco, Morales Zoila
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez

Introducción: en 1971 Reynolds describió una entidad caracterizada por insuficiencia hepática (compatible con cirrosis biliar primaria CBP), telangiectasias, fenómeno de Raynaud y esclerodermia (síndrome de Reynolds). **Caso clínico:** mujer de 48 años, con cambios en la coloración en extremidades de diez años de evolución, así como úlceras recidivantes. Presentó prurito, disfagia, aparición de telangiectasias en cara y endurecimiento de la piel, ojos y boca seca por lo que acude a hospitalización. A la exploración física se encontró nariz afilada, telangiectasias en cara, lengua depapilada, máculas sal y pimienta en escote y dorso de pies, esclerodactilia, cicatrices en pulpejos de los dedos y dorso de pie, fenómeno de Raynaud,

esclerosis de antebrazos, brazos, piernas y cara, Rodman modificado de 25 puntos. Paraclínicos: plaquetas 61 000/ μ L, AST 88 U/L, FA 158 U/L, globulina 6.4 g/dL, inversión de la relación albumina/globulina, VSG 60 mm/hr; ultrasonido abdominal reportó: esplenomegalia y hepatopatía crónica; Endoscopia alta: varices esofágicas pequeñas, gastropatía hipertensiva portal grave; Anticuerpos anticentrómero 84.78 UAE, anticuerpos antimitocondriales positivo. Se inició manejo con micofenolato de mofetilo, ácido ursodesoxicólico, calcioantagonista y doble esquema de diurético; con respuesta favorable. **Discusión:** la CBP y CREST (calcinosis, Raynaud, trastornos de motilidad esofágica, esclerodactilia, telangiectasias) es poco frecuente (<2%). Nuestra paciente presentó características clínicas y bioquímicas de un CREST incompleto, Sjögren secundario y CBP. Como es característico de esta combinación, los pacientes presentan menos actividad de esclerodermia, lo cual retarda el diagnóstico y suelen tener mal pronóstico debido a la insuficiencia hepática, como fue nuestro caso. Por lo que se vuelve importante identificar y hacer un diagnóstico temprano en este tipo de pacientes, en fin de mejorar su pronóstico.

Palabras clave: Reynolds, esclerodermia, CREST, CBP, telangiectasias, antimitocondriales.

0475 Vasculitis granulomatosa con poliangeítis en paciente 24 años con crisis hipertensiva

Esquivel Víctor Alejandro, Ramírez Andrés Jesús, Muñoz Gabriela, González Carlos Jesús, Flores Lucía, Ávila José Luis, Ruiz Fernando

Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco

La granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis sistémica, de causa desconocida, que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Se caracteriza por la afectación del aparato respiratorio y los riñones, pero puede afectar a otros órganos. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) con frecuencia son positivos y su característica histológica más relevante es la presencia de granulomas necrosantes. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia de los órganos afectados y la presencia de ANCA. Nuestro caso trata de un paciente femenino de 24 años de edad, con hipertensión arterial desde los 14 años de edad en tratamiento con enalapril con mal control. Acude referida al Hospital General de Tampico debido a la presencia de crisis hipertensiva, disnea MMRC 2 y posteriormente hemoptisis en una ocasión por lo que es admitida en sala de medicina interna para su estudio. Durante la exploración física se encontró con obesidad, hipertensión, palidez de piel, eritema malar, crepitantes subcapulares bilaterales, presencia

de fenómeno de Raynaud y placas urticariformes colinérgicas predominantemente en codos. Los estudios de laboratorio reportaron: BH: Hemoglobina 10.3, hematocrito 31% plaquetas 172000, leucocitos 10500, eosinófilos 19%; QS: glucosa 96 Urea 204 BUN 95.3 mg/dl creatinina 9.2 mg/dl Ácido úrico 15.7; EGO: proteínas +300, eritrocitos 20-25 por campo, cilindros hialinos y células epiteliales abundantes. El ultrasonido renal bilateral reporta datos sugestivos de enfermedad renal. Durante su estancia continuó con hipertensión, así como con hemoptisis. Se toma radiografía de tórax donde se muestran opacidades alveolares difusas. Se realiza biopsia de lesiones en las cuales se reporta inflamación crónica moderada perivascular superficial linfocitos, plasmocitos y macrófagos, hay formación de granulomas de histiocitos. Se consideran como posibilidades diagnósticas: Goodpasture, vasculitis relacionada con Churg-Strauss, granulomatosis de Wegener o lupus eritematoso sistémico. Se reporta, antiDNAs normal, ANA positivos A-NCA negativo, P-ANCA positivos, C3 bajo y C4 normal. Se establece diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis y se deja manejo con metilprednisolona 1 gr cada 24 horas por 3 dosis y posteriormente al término hidrocortisona y ciclofosfamida. Se encuentra con mejoría y es egresada con seguimiento por la consulta. La

importancia del caso reside en tratamiento oportuno y evitar curso natural de enfermedad.

Palabras clave: granulomatosis de Wegener, vasculitis ANCA positiva, vasculitis granulomatosa con poliangeítis.

0480 Correlación entre títulos de anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado y factor reumatoide y exposición a humo de biomasa en pacientes con artritis reumatoide del noreste de México

Vera Raymundo, Galarza Dionicio A, Azpiri José R, Colunga Iris J, Cárdenas Jesús A, Arvizu Rosa I, Martínez Adrián

Hospital Universitario Hospital José E González

Introducción: los autoanticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC) y factor reumatoide (FR) se presentan en la artritis reumatoide (AR). Se han reportado niveles incrementados de estos autoanticuerpos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y exposición a humo de biomasa. La relación entre exposición a humo de biomasa y estos autoanticuerpos no se ha evaluado en pacientes con AR. El objetivo de este estudio es analizar los niveles de anti-PCC y FR en pacientes con AR expuestos a humo de biomasa y compararlos con pacientes con AR no expuestos. **Material y métodos:** se diseñó un estudio de casos y controles que incluyó 60 pacientes mexicanos del noreste de

México reclutados de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 30 pacientes expuestos a humo de biomasa y 30 no expuestos. Todos los pacientes cumplieron los criterios de clasificación de 1987 del ACR o del 2010 del ACR/EULAR. La exposición de humo de biomasa de expresó con el índice de exposición a biomasa (IEB) definido como el resultado de la multiplicación de los años expuestos a humo de biomasa por la cantidad de horas diarias de exposición. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para evaluar el IEB, los títulos de FR y sus isotipos y los títulos de anti-PCC. Se estratificó el valor de ρ como insignificante (0,00 a 0,30), positivo bajo (0,30-0,50), moderadamente positivo (0,50-0,70), altamente positivo (0,70-0,90) y muy alto positivo (0,90-1,00). **Resultados:** no se encontró correlación entre IEB y títulos de anti-PCC (ρ : 0.006), FR IgM (ρ : 0.260), FR IgA (ρ : 0.18) y FR IgG (ρ : 0.15). La comparación entre grupos no mostró diferencia significativa entre niveles de anti-PCC, FR IgM o FR IgA. Los títulos de FR IgG mostraron títulos significativamente mayores en el grupo expuesto a humo de biomasa (p : 0.039). **Conclusiones:** los títulos de autoanticuerpos anti-PCC no fueron mayores en pacientes con AR expuestos a humo de biomasa en comparación de pacientes con AR no expuestos. Los niveles de FR IgG fueron mayores en pacientes expuestos a humo de



biomasa. No se encontró correlación entre el ÍEB y los títulos de autoanticuerpos.

Palabras clave: biomasa, riesgo cardiovascular, artritis reumatoide, inflamación, proteína C reactiva

0481 Fibromialgia, depresión y deterioro de la calidad de vida en pacientes con enfermedad por remodelantes y esclerosis sistémica

Blas Paloma¹, Vera Olga Lidia¹, Sánchez Alain²

¹ Centro Médico Nacional La Raza Hospital de Especialidades;

² Centro Médico ABC, Departamento de Medicina Interna

Introducción: el síndrome inflamatorio inducido por síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvante (SAIA) es una condición cada vez más frecuente y a pesar que se sabe que afecta el estado emocional y la calidad de vida, se desconoce si su impacto es mayor al de otros pacientes con enfermedades reumáticas como esclerosis sistémica (ES). **Objetivo:** estimar la prevalencia de fibromialgia y depresión en un grupo de pacientes con SAIA evaluados en consulta externa y compararlo con un grupo control integrado por pacientes con ES. **Material y métodos:** estudio epidemiológico de corte transversal realizado con casos subsecuentes en pacientes con diagnóstico de SAIA en la UMAE Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza du-

rante intervalo de tiempo entre noviembre 2015 y febrero 2016. El diagnóstico de fibromialgia se realizó con los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 2010; la depresión fue evaluada mediante el cuestionario abreviado de Beck; la calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario SF-36 mediante sus dimensiones y estadísticos de resumen físico (PCS) y mental (MCS). **Resultados:** se incluyeron un total de 50 pacientes con SAIA y 50 pacientes controles con edades de 49 ± 9 y 49 ± 10 años. La prevalencia global de depresión fue de 72%, de fibromialgia fue de 66% y ambas en el 56% de las pacientes con SAIA un puntaje de Beck con mediana de 12 (RIQ 7-16). El SS1 promedio 5 ± 1.7 , SS2 1.8 ± 0.6 , SS1 y SS2 6.8 ± 2.2 . Los puntos dolorosos con una mediana de 10 (RIQ 5-15). Los pacientes con SAIA tuvieron mayor proporción de depresión y la combinación de depresión y fibromialgia con 72 vs 46% ($p=0.008$) y 56 vs 28% ($p=0.005$) respectivamente, la fibromialgia fue más frecuente pero no alcanzó significancia estadística ($p=0.086$). Las pacientes con fibromialgia tuvieron peores puntajes de calidad de vida en SF 36 en los dominios vitalidad (VT), social (SF), rol emocional (RE), salud mental (MH), PCS y MCS. El parámetro por SF 36 más afectado en SAIA fue rol emocional (RE). **Conclusiones:** los pacientes con SAIA cursan con mayor depresión, fibromialgia y tienen mayor deterioro de la

calidad de vida comparados con los controles, especialmente en el rol emocional.

Palabras clave: depresión, enfermedad por remodelantes, calidad de vida, fibromialgia, cuestionario Beck, escalas clínicas.

0484 Los valores de distribución de ancho de eritrocitos no se encuentran aumentados en pacientes mexicanos mestizos con artritis reumatoide y placa carotídea detectada por ultrasonido

Cárdenas Jesús Alberto, Galarza Dionicio Ángel, Azpiri José Ramón, Colunga Iris Jazmín, Arvizu Rosa Icela, Martínez Adrián, Vera Raymundo

Hospital Universitario Dr. José E González, UANL

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor morbimortalidad que la población general, principalmente por enfermedad cardiovascular (CV). Los valores elevados de distribución de ancho de eritrocitos (RDW) se han relacionado con un pobre pronóstico en enfermedad CV. Recientemente, se ha demostrado su valor predictivo como un biomarcador CV en pacientes con AR. La identificación de aterosclerosis subclínica usando técnicas no invasivas como detección de placa carotídea (PC) por ultrasonido (US) podría mejorar las estrategias de prevención primaria. Este estudio fue diseñado para comparar los valores de RDW en pacientes

mexicanos mestizos con AR con la PC detectada por US, y con controles emparejados.

Material y métodos: se realizó un estudio de casos y controles con una cohorte de pacientes reclutados entre agosto de 2014 y junio de 2016 que cumplieron los criterios de clasificación de AR de ACR/EULAR 2010 o los del ACR de 1987. Todos los pacientes fueron sujetos a evaluación de PC por medio de US modo B, definiendo PC como engrosamiento focal por lo menos 50% mayor que la pared circundante, o un grosor íntima-media ≥ 1.2 mm. Los pacientes con una hemoglobina < 13 g/dl o < 12 g/dl (hombres) o con enfermedad CV aterosclerótica previa (infarto al miocardio, evento vascular cerebral o enfermedad arterial periférica) fueron excluidos. **Resultados:** un total de 46 pacientes fueron incluidos en el análisis y se dividieron en dos grupos dependiendo de la presencia de PC, cada uno con 23 pacientes. La media de RDW en el grupo con PC fue de 14.24 ± 1.29 , mientras que la media de RDW en el grupo sin PC fue de 14.02 ± 1.25 . No se encontró diferencia significativa entre los dos grupos (p 0.939). **Discusión y Análisis:** en nuestro estudio, el RDW no se encontró elevado en pacientes mexicanos mestizos con AR y PC detectada por US. **Conclusiones:** se requiere análisis de otros biomarcadores para detectar aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis reumatoide.

Palabras clave: aterosclerosis subclínica, placa carotídea, ultrasonido carotídeo, artritis reumatoide, RDW, distribución de ancho de eritrocitos.

0487 Tasa de deformación auricular izquierda en pacientes con artritis reumatoide

Vera Raymundo, Galarza Dionicio A, Azpiri José R, Colunga Iris J, Martínez Adrián, Torres Francisco J, Cárdenas Jesús A
Hospital Universitario Hospital José E González

Introducción: la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) es la principal causa de muerte en artritis reumatoide (AR). El papel de la aurícula izquierda (AI) es modular el llenado ventricular. Una adecuada función sistólica del ventrículo izquierdo es imprescindible para una función de reservorio normal. El objetivo de este estudio es describir la deformidad de la AI en pacientes con AR. **Material y métodos:** se diseñó un estudio analítico, transversal y observacional, incluyendo pacientes de 40 a 75 años con AR. Pacientes con ASCVD previa y síndromes de sobreposición fueron excluidos. Se realizó ecocardiograma transtorácico con análisis de deformación miocárdica (strain) por técnica de rastreo de partículas. Se analizaron variables con respecto a AI entre los que incluyen flujo de venas pulmonares, strain global, strain en la vista de 3 cámaras, strain en la vista de 2 cámaras, strain en

la vista de 4 cámaras, función diastólica, volumen indexado de AI, velocidad de onda E, velocidad de onda A, E' septal, A' septal, A' lateral, volúmenes de AI, índice de expansión, FEVI, E/E', así como diámetros de AI. Se compararon pacientes con AR comparados con un grupo control. **Resultados:** se analizaron 33 pacientes con AR y 29 pacientes del grupo control. De todas las variables analizadas, sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el Strain Rate de la AI en la vista de 3 cámaras ($p < 0.04$) y en la velocidad de la onda E ($p < 0.03$) al ser comparadas las variables entre el grupo con AR y el grupo control. **Conclusiones:** se encontró diferencia en el strain rate de la vista de 3 cámaras y en la velocidad de la onda E entre pacientes con AR y controles sanos pareados para edad.

Palabras clave: artritis reumatoide, ecocardiograma, deformación ventricular, riesgo cardiovascular.

0496 Meningitis aséptica y estado epiléptico no convulsivo secundario a afección lúpica

Román Ricardo Ascención¹, Vergara Fernando²
CMN Siglo XXI Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda; ² Ticomán SSA Ciudad de México

Se presenta la revisión de un caso en un paciente que debuta con síntomas B y estado epiléptico no convulsivo. Femenino



de 18 años, niega antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento el 06 de Mayo 2016 con astenia, adinamia, caída de cabello, síntomas B, el 07 de agosto 2016 presenta pérdida del estado de alerta, movimientos tónico-clónico de instauración súbita, duración de dos minutos, neurología de HGZ concluye síndrome encefálico en estudio probable estado epiléptico no convulsivo con respuesta ante la administración de diazepam. Ingresa a CMN SIGLO XXI donde es valorada por neurología concluyendo meningoencefalitis aséptica mas estado epiléptico no convulsivo. Glasgow de 5 puntos por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea, que se mantuvo por 48 hrs. Se inicia protocolo a descartarse autoinmunidad vs linfoma en SNC. APACHE II 14 puntos, mortalidad a 28 días de 25% y SOFA 8 puntos, mortalidad del 20%. Panel viral HIV, HVC, HVB no reactivo. Expectoración no se observan BAAR, antitripanosoma cruzi no reactivo, anticuerpos heterófilos negativos, reacciones febriles negativas, TORCH negativo, beta 2 microglobulina 8.31, Epstein Barr IgG 229, IgM: 13.6, Factor reumatoide 20, C3 86, C4 10.9, IgA: 327, IgG: 3005, IgM 211, IgE 767, Coombs directo positivo. Anticoagulante lúpico negativo. LCR incoloro, transparente, coagulabilidad negativo, células 8, Eritrocitos 44, tinción GRAM y Tinta china negativo, Glucosa 49, cloro 127.7, microproteínas 112, DHL 88. Cultivo

de líquido cefalorraquídeo sin desarrollo a 7 días. Glucosa 74, urea 17.8, creatinina 0.5, colesterol 254, triglicéridos 332, albumina 3.1, DHL 1311, resto de pruebas de función hepática normales, electrolitos séricos normales, leucocitos 3200, neutrófilos 1900, linfocitos 900, hemoglobina 8.2, plaquetas 376 mil, INR 0.9, EEG reporta actividad epileptiforme. EEG de control realizado bajo sedación reporta actividad cortical desorganizada. Aspirado de medula ósea reactiva sin datos de infiltración leucémica o por linfocitos. RM de cráneo con gadolínico reporta parénquima cerebral en secuencia T2 y FLAIR área focal nodular hiperintensa de localización en brazo anterior de capsula interna. Reforzamiento leptomeníngeo difuso y anormal. Imagen compatible con meningoencefalitis. Anti-LA 1.22, Anti-Ro 2.14, Anti-DNA 81, ANAS 9.7. Se descartó síndrome linfoproliferativo con afección a sistema nervioso central por resonancia magnética. Actualmente en seguimiento y tratamiento ambulatorio.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, meningitis aséptica, estado epiléptico no convulsivo, autoinmunidad, anticuerpos antinucleares, linfopenia.

0518 Síndrome de Mikulicz

Morales Erick, Hernández Éufrates, Morales Zoila, Aguilar Jonathan, Gándara César Adrián
Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A Roviroso

El síndrome de Mikulicz es una condición inflamatoria, usualmente benigna y crónica, caracterizada por el aumento de tamaño de las glándulas, las principalmente afectadas son submandibular, parótida y lagrimal, pertenece a un conjunto de enfermedades la cual corresponde a las relacionadas con molécula de IgG4. **Presentación del caso clínico:** se trata de paciente masculino de 84 años de edad, con único antecedente de presentar cuadros de anemia, en el cual amerito dos ingresos, con manejo únicamente de transfusiones sanguíneas en esas dos ocasiones y egreso en marzo del 2015. El día 25 de mayo del 2016 acude a consulta con el servicio de medicina interna, por seguimiento de anemia y determinar etiología, en la cual se encuentra a paciente con malestar general, en el cual con sequedad de boca y ocular, a la exploración física, se encontró temperatura de 37 °C, frecuencia cardiaca de 80, frecuencia de 20, tensión arterial de 130/80. Se observa paciente caquético, con palidez de tegumentos, con aumento de tamaño de glándula lagrimal, de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación, con xeroftalmia, en cavidad oral con xerostomía, con glandular submaxilares con aumento de tamaño, no dolorosa a la palpación, a nivel de cuello con ganglios retrocervicales, los cuales son móviles no dolorosos a la palpación, móviles, no adheridos a planos profundos, ruidos cardiacos rítmicos, de buena

intensidad, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Se realizaron estudios de laboratorio a su ingreso leu Hb7.4, Hto 23.5, VCM 88.4, MCH 27.4, MCHC 31, PLQ 384, Leu 5.3, Neu 3.1, Alb 1.61, globulina 8.23, AST 22, ALT 14, se realizo electrocardiograma con ritmo sinusal, con FC de 90 X', eje en -15°, se decidió realizar biopsia de glándula submaxilar derecha, encontrándose datos de fibrosis e infiltrado linfocitario, en el cual se inicio manejo con prednisona 5 mg/día, y posteriormente se añadió metrotexate 5 mg/día dos veces por semana con mejoría parcial. **Conclusión:** paciente con síndrome de Mikulicz, el cual el diagnostico inicial de sospecha fue clínico, en el cual posterior a la sospecha misma se concluyo el diagnostico con biopsia, aun que no contamos con serología de IgG4 el Gold estándar para el diagnostico es biopsia.

Palabras clave: síndrome de Miculicz, IgG4.

0538 Insuficiencia respiratoria y hematológica como manifestación de síndrome de antifosfolipidos (SAF). Reporte de caso

Arriaga Anabel, Reyes Claudia Araceli, García María del Carmen, Gutiérrez Jessica, Mateos Heidegger, Llamas Brian Javier
Centro Médico ISSEMYM

Introducción: SAF representa anticuerpos dirigidos contra un completo de fosfolípidos

unidos a proteína plasmática. La asociación de SAF a lupus eritematoso sistémico (LES) es de hasta 1/3. Es un trastorno multisistémico. Femenino de 37 años, casada. Carga genética para diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica. Toxicomanías negativas. Alérgica a amikacina, apendicetomía (+), diagnóstico de artritis reumatoide tratada con dexametasona/metacarbamol. Padecimiento 2 semanas previas con fiebre, con aparente parotiditis tratada sin mejoría; agregándose artralgia, cefalea holocraneana, gastroenteritis, tos y disnea. Se documenta pancitopenia con neutropenia severa, anemia grado IV de OMS y trombocitopenia moderada, coagulopatía, lesión renal aguda AKIN II, hiperuricemia, trastorno hidroelectrolítico. Durante su hospitalización presenta insuficiencia respiratoria con requerimiento de manejo de vía aérea avanzada (MVAA), choque séptico. Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Tomografía con patrón sugestivo de infiltrados alveolares e intersticiales, derrame pleural bilateral, regiones ganglionares cervicales izquierda (15x30mm), se toma biopsia para descartar linfoma. Broncoscopia con hemorragia alveolar. Requerimiento de transfusión masiva por coagulopatía intravascular diseminada. Se inicia protocolo de estudio para enfermedad autoinmune. Egresada de Unidad de Terapia Intensiva a los 5 días. Se descarta patología vírica. Evolución tórpida,

agregándose sangrado de tubo digestivo alto con requerimiento transfusional a la 48 horas requiere MVAA nuevamente, con requerimiento de PEEP alto; reingresa a UTI. Aparición de flogosis en rodilla izquierda, úlceras orales, ante la sospecha de sospecha Fisher EVANS se inicia gamaglobulina. Complicándose con sobreinfección asociada a MVAA. Posteriormente presenta falla hepática. Se inicia esteroide y rituximab. Se egresa a los 7 días de estancia en UTI. Se diagnostica LES con afección hematológica, articular y SAF que se confirma con beta-2-glicoproteína IgM. Presentado mejoría se egresa con mofetil micofenolato, hidroxiclороquina y acenocumarina. **Conclusión:** la evaluación de SAF debe ser multidisciplinaria para una mejor evolución e inicio de tratamiento oportuno. Debido al mecanismo fisiopatológico que altera los mecanismos pro y anticoagulantes, el tratamiento se basa en profilaxis antitrombótica y control de factores de riesgo asociados. En este caso de dejo terapéutica específica además para LES.

Palabras clave: pancitopenia, antifosfolípidos, reumatología, lupus, rituximab, corticoesteroide.

0546 Sarcoidosis pulmonar: presentación de un caso

Barrera Sergio, Laguna María Guadalupe, Ibarra Alejandro
Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE



Objetivo: evaluar protocolo diagnóstico de sarcoidosis pulmonar, identificar características clínicas, radiológicas y de laboratorio para el diagnóstico y tratamiento oportuno. **Caso:** masculino de 35 años de edad, de ocupación jardinero. Sin antecedente de tabaquismo o alguna otra toxicomanías. COMBE negado. No cuenta con antecedentes personales patológicos de importancia. Acude al servicio de urgencias por un cuadro caracterizado por tos no productiva, de dos semanas de evolución, así como disnea de medianos esfuerzos, diaforesis nocturna, sin referir hemoptisis, fiebre o pérdida de peso. Se inicia esquema antibiótico con cefalosporina y macrólido e ingresa al servicio de Medicina Interna. A la exploración física, tórax simétrico, adecuados movimientos respiratorios, con estertores crepitantes finos bilaterales. Ruidos cardiacos rítmicos, sin agregados, sin lesiones dermatológicas en extremidades. Laboratorio, Hb 16.6, Hto 49.9%, Plt 227. Glu 75, urea 21.40, BUN 10, Cr 0.61, Na 138, K 4.0, Cl 100, Ca 10.5. Radiografía de tórax, infiltrados intersticiales bilaterales, imagen de bordes irregulares parahiliar izquierda. TAC de tórax, broncograma aéreo bilateral, múltiples nódulos diseminados bilateral con signo del halo, zona de consolidación parahiliar izquierdo, zonas de atelectasias y adenopatías parahiliares. Panel viral negativo. Procalcitonina 0.52.

BAAR negativo en tres muestras. Biopsia pulmonar y ganglionar parahiliar, por VATS uniportal, en donde se reporta, neumonitis crónica agudizada, congestiva y hemorrágica asociada a reacción granulomatosa, granulomas no caseosos. Baciloscopia de cultivo negativo. GeneXpert MTB negativo. Biopsia ganglionar con hiperplasia folicular. Espirometría con patrón restrictivo severo. ECOTT, con FEV1 59%, resto sin alteraciones. **Discusión:** se presenta un caso de diagnóstico reciente de sarcoidosis pulmonar, paciente el cual ingresa al servicio con diagnóstico de neumonía atípica, sin embargo sin presentar datos de respuesta inflamatoria sistémica, afebril. Durante su evaluación se identificó por estudio de imagen, nódulos bilaterales así como región de consolidación parahiliar. Se decide tomar biopsia de lesión parahiliar por VATS, en donde se reportó enfermedad granulomatosa, se tomó GeneXpert para MTB el cual se reportó negativo, así como baciloscopias las cuales fueron negativas. Se consideró el diagnóstico de sarcoidosis pulmonar de presentación aguda, en estadio II, sin evidencia de afección extrapulmonar.

Palabras clave: sarcoidosis, sarcoidosis pulmonar, granuloma no caseoso, adenopatía, neumopatía, nódulo.

0553 Polineuropatía sensitivo motora de tipo lesión axonal en lupus eritematoso sistémico, a propósito de un caso

Acero Orlando Alberto
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Se trata de paciente femenino de 46 años, sin antecedentes relevantes, Inicia su padecimiento actual de 7 meses de evolución, con disnea, hiporexia, pérdida de aproximadamente 30 kilogramos de peso, disartria de evolución progresiva, debilidad muscular progresiva en las 4 extremidades hasta limitarse la marcha, dolor tipo punzada en rodillas, codo derecho y hombro izquierdo y tos nocturna no productiva. Niega haber presentado fiebre y diaforesis. Datos relevantes a la exploración física: palidez, alopecia sin cicatriz, sin adenomegalias. Extremidades con hipotrofia muscular severa. Exploración neurológica: Funciones mentales superiores conservadas, pares craneales sin alteraciones, disminución global de la fuerza muscular 3/5 en escala de Daniels, sensibilidad disminuida en miembros pélvicos, marcha no valorable por limitación. Se inicia abordaje diagnóstico, Se descarta proceso infeccioso, en cuanto a baja ingesta alimentaria y depleción muscular por probable polineuropatía, se realizó endoscopia que reporta gastropatía atrófica, por leucopenia y linfopenia se realizó prueba rápida para VIH la cual resulta no reactiva. Velocidades de neuroconducción que reportaron estudio consistente con polineuropatía sensitivo motora de tipo lesión axonal,

debido a este patrón de lesión neurológica, asociada a alopecia sin cicatriz, leucopenia, linfopenia, anemia, sinovitis en hombro izquierdo, se sospechó probable enfermedad reumatológica como primer posibilidad lupus eritematoso sistémico por lo que se solicitaron anticuerpos antinucleares, anticuerpos contra DNA, anticuerpos anti Smith, Complemento sérico y sus resultados junto con las manifestaciones descritas cumplen criterios para diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con índice SLEDAI de 15 puntos el cual indica actividad alta de la enfermedad por lo que se inició tratamiento con FARME, y se inicia estudio de lesión a órgano blanco riñón sin encontrar deterioro de la tasa de filtración glomerular. Se considera caso interesante ya que la presentación clínica del lupus eritematoso sistémico es muy variable, y la polineuropatía es reportada en la literatura entre el 5 y 10% como debut clínico y esto significa un reto diagnóstico para el equipo médico tratante ya que las posibilidades etiológicas son muchas, y hay que hacer un buen ejercicio de juicio clínico para lograr establecer el diagnóstico y esto otorga una gran satisfacción para el internista.

Palabras clave: polineuropatía, lupus, neuroconducción, autoinmune, Reumatología.

0575 Dermatomiosis paraneoplásica y síndrome de Stauffer asociados a carcinoma renal de células claras

Parra Alicia Jackeline, Nava Hipólito Román, Sánchez Tania, Aguilar Erick Ricardo, Torres Dolores Paola, Viguera Alma Poema, Serrano Homero Salomón

Hospital General de Pachuca

El cáncer renal continúa siendo una patología de difícil diagnóstico; anteriormente llamado "el tumor del internista" por el reto diagnóstico que representa en ausencia de datos clínicos y por los múltiples síndromes paraneoplásicos a los que se asocia, siendo los neuroendocrinos los de presentación más común. Históricamente, con reportes postmortem de hasta 54%, presenta en la actualidad un índice de fatalidad de 0.5 en el primer año posterior al diagnóstico. La dermatomiositis ha sido asociada a cáncer hasta en un 25%; desde 1970 sólo se han reportado 7 eventos asociados a carcinoma renal de células claras. El síndrome de Stauffer o colestasis no obstructiva ni metastásica asociada a cáncer renal, se presenta en menos del 15% de los casos. **Caso clínico:** masculino de 44 años de edad que presenta en abril de 2014 dermatosis violácea con distribución sugerente de dermatomiositis, poliartralgias simétricas con rigidez matutina, caída fácil de cabello y fiebre nocturna. Un mes después cursa con debilidad progresiva de la cintura pélvica y escapular así como disfagia progresiva a sólidos. Se indicó en distintas valoraciones por fa-

cultativos, manejo con esteroide consiguiendo mejoría parcial de la debilidad pero sin remisión de la dermatosis. En julio de 2014 presentó ictericia y prurito generalizado con empeoramiento de la debilidad y de la disfagia, así como síndrome consuntivo. Se documentó colestasis hepática como causa de la ictericia. Ingresó a hospitalización por disnea y tos con esputo herrumbroso, presencia de taquipnea y sepsis; se confirmó cuadro de neumonía por aspiración secundario a disfagia orofaríngea. Se descartó la presencia de neumopatía intestinal como causa de disnea. Se determinaron títulos negativos de anticuerpos (anti-Jo1, anti-Mi2 y anticuerpos antinucleares enzimas musculares sugerentes de hipomiotopatía y biopsia muscular con hallazgos compatibles con miositis. Debido a la frecuente asociación de dermatomiositis con el cáncer, se realizó protocolo de estudio donde se tuvo como hallazgo una tumoración renal izquierda, manejada con nefrectomía radical y compatible histopatológicamente con adenocarcinoma renal de células claras. Seis semanas posteriores a nefrectomía, presentó remisión de colestasis, clasificándose como síndrome de Stauffer. El manejo de la dermatomiositis fue realizado con fármacos modificadores de la enfermedad y esteroide, actualmente con remisión completa del cuadro y sin evidencia de actividad neoplásica.



Palabras clave: cáncer renal, células claras, dermatomiositis, Stauffer, miositis, paraneoplásico.

0584 Anemia aplásica asociada a lupus, entidad poco documentada en la literatura anglosajona, en una paciente con lupus eritematoso generalizado y mucormicosis rinosinusal
Cázares David, Damián Gustavo Netzahualcoyotl, Hernández Claudia Berenice, Sánchez Silvia Berenice

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Se trata de una paciente femenina de 25 años de edad que inicia su PA en febrero del 2015 con artritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, fue atendida en segundo nivel, donde se prescribió tratamiento médico analgésico tipo AINE. En enero del 2016 presentó exacerbación de la sintomatología, para finales de marzo del 2016, se agregó fiebre cuantificada de hasta 40 grados, caída de cabello, úlceras orales y pérdida de peso referida de 20 kg en el transcurso de un año, así como presencia de lesiones equimóticas espontáneas y petequias en extremidades. Se realizaron estudios; BH Hb 6.3 g/dL, Cuenta leucocitaria 1.0, plaquetas mil. Perfil inmunológico con resultado de anticuerpos ANAs con patrón homogéneo 1:1280, anti DNA 1:80, Ac anti RO positivo. C3:88, C4:8. Integrando diagnóstico de LEG. Se inició antimicrobianos

(vancomicina y cefepime) por neutropenia grave y fiebre. Referida al HRAEB el día 07.04.16. A su ingreso, despierta, ECG de 15 pts., pupilas isocóricas normorreflécticas, cavidad oral con ulcerA en punta de la lengua, cavidad nasal con discretos restos hemático, restos hemáticos en faringe, alopecia sin cicatriz, extremidades con múltiples hematomas de menos de 2 cm, BH Hb 9.3 g/dL Leu 2.1 N 0% Linf. 95% Plts 24 mil, QS glucosa 135 BUN 22 Cr 0.5. Valorada por Reumatología corroborando diagnóstico de envío, se inició tratamiento con prednisona 50mg VO c/ 24hrs y cloroquina 150mg VO c/ 24hrs. 48 horas posterior a su ingreso, fiebre de 39°C, agregándose síndrome hemorrágico, (sangrado transvaginal, hematuria y epistaxis). Se realizó AMO reporte compatible con aplasia medular. ZN Neg., KOH Neg., mielocultivo Neg. La paciente con diagnósticos de LEG + Pb actividad hematológica/pancitopenia en estudio/neutropenia profunda y fiebre. Se inició tratamiento con metilprednisona 1g IV c/ 24hrs (3 dosis) e Inmunoglobulina IV 20g/d (5 dosis) 7 días posterior a su ingreso, lesión puntiforme en región maxilar superior derecha, crecimiento exponencial que llegó a medir 3x2cm con centro necrótico y bordes regulares, TC SPN con evidencia de sinusitis maxilo-etmoidal derecha aguda. Muestra directa tinción con KOH reportándose micelio hialino macrosifonado, cenocítico, di-

cotomizado; cultivo mucoral. Se inició anfotericina e ingresó a cirugía de urgencia desbridación quirúrgica amplia. Durante su hospitalización, se descartaron causas secundarias de pancitopenia. El día 27 de abril del 2016 se realizó nueva AMO con reporte de aplasia medular.

Palabras clave: mucormicosis, rinosinusal, anemia, aplásica, lupus, rara.

0600 Dermatomiositis asociada a síndrome de Sjögren como parte del síndrome de sobreposición inmunitaria; reporte de un caso

Acero Orlando, Miranda Vanessa, Vargas David Alejandro
 Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Se trata de paciente femenino de 45 años de edad, sin antecedentes de importancia, se hospitaliza por padecimiento que inicia un mes atrás de dolor cervical, en hombros, codos, muñecas y rodillas que aumenta con el reposo y disminuye con la actividad física, disminución de la fuerza muscular de predominio proximal hasta limitar la bipedestación, dermatosis localizada en dorso de articulaciones metacarpo falángicas y codos con lesiones eritemato-violáceas, eritema periorbitario doloroso, además de disfagia progresiva, dislalia, úlceras orales, además de sensación de cuerpo extraño en ambos ojos, y xerostomía. A la exploración física se evidencia zonas de eritema periorbitario

bilateral, hiperemia conjuntival, dislalia, xerostomía, disminución de fuerza muscular a 3/5 en cintura escapular y pélvica, pápulas de Gottron en dorso de articulaciones metacarpo falángicas bilaterales y lesiones similares en codos. en los par-clínicos VSG elevada, linfopenia moderada, elevación de enzimas musculares, prueba rápida de VIH no reactiva, panel viral para hepatitis B y C negativos, electromiografía indicativo de miopatía, factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares positivos, anti Ro positivos, anti Jo1 negativos, según cuadro clínico y cumpliendo criterios de Peter y Bohan se considera que cursa con dermatomiositis y además síndrome de Sjögren como parte de síndrome de sobre posición inmunológica, se inicia tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad hidroxiclороquina y prednisona, tomografía de alta resolución de tórax con datos de fibrosis pulmonar; se inició manejo con bolos de ciclofosfamida debido a actividad pulmonar de la enfermedad, la paciente presenta adecuada respuesta a tratamiento médico con mejoría de la fuerza muscular, de la dislalia y del síndrome seco. En el abordaje de las miopatías de etiología inflamatoria con componente inmunitario se considera de primera instancia que forman parte del cuadro de alguna inmunopatía previa antes de considerarlas como primarias, sin embargo, en el contexto de nuestro caso

se evidencio un cuadro clínico sugestivo de dermatomiositis la cual coexistía con síndrome de Sjögren, la cual se puede asociar hasta el 30% de los casos como en la serie de Kaneko et al., consideramos que se trata de un síndrome de sobre posición inmunológica entre ambas entidades, y le otorga peso en el diagnóstico diferencial de un paciente con miopatía en estudio asociado a síntomas de ojo seco. **Palabras clave:** dermatomiositis, síndrome de Sjögren, síndrome de sobre posición, neumopatía intersticial.

0601 Rhupus manifiesto inicialmente por artritis rápidamente progresiva

Gil Israel Nayensei, Escobar Oscar, Sánchez Andrés
Hospital General Regional No. 25 IMSS

Introducción: dentro de las manifestaciones articulares del lupus eritematoso sistémico (LES) un bajo porcentaje de pacientes cursa con enfermedad articular progresiva y rápidamente destructiva que condiciona gran deformidad e incapacidad funcional de las mismas en aproximadamente 5%, la incidencia de artritis reumatoide (AR) relacionada LES oscila entre el 0.1 a 2% de los pacientes. **Descripción del caso:** mujer de 31 años, con carga genética para AR por rama materna; retraso psicomotor desde la infancia por hipoxia neonatal y epilepsia secundaria con CCTCG con periodicidad de

cada 3 semanas, tratada con carbamacepina 200mg c/8hrs. Su padecimiento inicia 1 año antes a su ingreso con poliartritis en grandes articulaciones, de predominio en metacarpofalángicas distales, fatiga intensa, rigidez matinal mayor a 30 minutos, resequedad ocular, sin fenómeno de Raynaud, caída de pelo, sin dermatopatía; fue tratada con múltiples AINEs y antiinflamatorios no esteroideos, sin mejoría y con deterioro de la clase funcional hasta ACR III, y descontrol convulsivo. EF: TA 110/70mmhg, con úlceras bucales en piso de la lengua y sin adenopatías cervicales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin organomegalias, flogosis articular de carpos, hombros, rodillas, tobillos, metacarpofalángicas proximales, dolorosas a la palpación, con limitación a la rotación, flexión y extensión cervical; lesiones purpúricas con pápulas eritematosas y placas anulares en miembros inferiores bilateral. Paraclínicos: Hb 11.2mg/dL, VGM: 77 ft, HCM: 25 pg, ADE 17.6%, plaquetas 572,000, VSG 52, glucosa 105 mg/dL, factor reumatoide 2330, PCR 75.7, ANA 1:640 con patrón homogéneo, Ac Anti-DNA ds negativos, Ac Anti Ro/La 2/2.6, albúmina 3.1, globulina 4.1, fosfatasa alcalina 121, C4: 6.215, C3: 103, Ac Anti-CCP: 106.2. **Conclusión:** paciente con carga generativa para enfermedades de la colágena, que inicialmente se diagnostica como AR, con afección articular rápidamente



progresiva hasta la incapacidad funcional en un 80% en un periodo de 1 año, a pesar del tratamiento inmunosupresor intermitente; la sobreposición a LES identificado tardíamente tiene impacto en la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes. La identificación del rhusus dificulta el tratamiento, el caso de nuestra paciente tiene criterios bioquímicos y clínicos de actividad lúpica, presentó vasculitis leucocitoclástica relacionada a tratamiento antimicobial, favorecida por la enfermedad de base.

Palabras clave: rhusus, artritis progresiva, epilepsia.

0610 LES/ASIA inducida por la aplicación clandestina de adyuvantes o modelantes

Santana Luis, Vargas David Alejandro, Díaz Elorz Unai

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Presentamos a un paciente masculino, que se encuentra en la tercera década de la vida, el cual tiene como antecedente de importancia la aplicación clandestina de aceites minerales con fines moldeantes en región glútea. 48 hrs después de última aplicación, el paciente acude a nuestra institución con datos de dificultad respiratoria, requiriendo VMI por 72 hrs con criterios de SIRA severo, con mejoría franca tras la administración de tratamiento con glucocorticoide posteriormente retirado de la VMI, presentando 15 días

después aumento de volumen, eritema progresivo y ascendente en sitio de aplicación. Sin embargo, en los paraclínicos no se muestra datos compatibles con proceso infeccioso a nivel local. Se realiza serología para VIH que resulta negativa, continuando con seguimiento de forma ambulatoria, con tratamiento esteroideo 6 meses posteriores acude presentando datos clínicos de sinovitis asimétrica no deformante ni erosiva en articulación del carpo y en rodilla, además de linfopenia y sedimento urinario positivo con proteinuria en rango subnefrótico. Se realizó búsqueda intencionada de inmunoglobulinas, evidenciando hipocomplementemia de C3 y C4, anticuerpos anti Sm positivos, ANAs 1:160 con patrón homogéneo. Se realizó biopsia renal en la cual se determinó proliferación mesangial difusa, con patrón granular en la inmunofluorescencia. Posteriormente se inició tratamiento con metotrexate, hidroxicloroquina, y prednisona logrando mejoría clínica a las 12 semanas del tratamiento. **Discusión:** probablemente este tipo de sustancias actúen como superantígenos y sean un gatillo para el desarrollo de enfermedades sistémicas autoinmunes del tejido conectivo en pacientes genéticamente predispuestos. Las manifestaciones más comunes de ASIA son las reacciones locales de tipo inflamatorio (hiperemia, dolor, engrosamiento de la piel y el tejido subcutáneo), que se pre-

sentan de forma temprana; y por otra parte se encuentran las reacciones sistémicas tardías: fiebre (45%), atralgias (36%), mialgias (8.5%), poliartritis (8%) y fenómeno de Raynaud (2.8%). En un estudio prospectivo realizado por Torres-Gómez y col. la enfermedad de más prevalencia fue la esclerosis sistémica difusa (4.2%), lupus eritematoso sistémico (2.5%) y artritis reumatoide (2.5%) nuestro paciente cumplía con criterios de clasificación para LES según SLICC 2012 por lo cual consideramos que podría estar vinculado su desarrollo a la exposición previa a los biopolímeros del material modelante.

Palabras clave: modelantes, lupus eritematoso sistémico, ASIA, neumonitis.

0611 Lesión renal aguda como presentación de un caso atípico de Churg-Strauss

García Yang David, Morales Daniel Alejandro

Hospital General Dr. Fernando Quiroz

El síndrome de Churg-Strauss (SCS) actualmente denominado como granulomatosis eosinofílica y poliangeítis es una vasculitis sistémica necrotizante con eosinofilia en sangre periférica con historia de asma de larga evolución la cual afecta a arterias de pequeño calibre. Los hallazgos clínicos evolucionan en varias fases no siempre diferenciadas siendo la última fase de tipo vasculítica. La incidencia es de 1-2.4 casos por millón de

habitantes por año, la etiología y la patogénesis son desconocidas. Femenino de 53 años sin antecedentes personales y heredo-familiares de importancia. Inicia su padecimiento con fiebre, acompañado de escalofríos, diaforesis, hemoptisis, astenia, adinamia, artralgias, disnea y neuropatía periférica, por lo que se decide hospitalización, durante su estancia hospitalaria presentó deterioro de la función renal cumpliendo criterios de urgencias dialítica por lo que se inicia terapia de sustitución renal con hemodiálisis. Estudios de laboratorio y gabinete: BH a su ingreso leucocitos 14 800 mm³, eosinófilos: 1 924mm³ porcentaje: 12.9%, química sanguínea a su ingreso dentro de parámetros normales, durante hospitalización presentó lesión renal aguda elevando creatinina: 4 mg/dl, urea 220mg/dl y nitrógeno ureico:110 mg/dl. Se realizó TAC de tórax con engrosamiento septal interlobulillar e infiltrado intersticial, se solicitan anticuerpos reportándose: Ac. Anti-DNA Doble cadena: 4UI/ml, Ac. Anti-SM .43U/ml, c-ANCA negativo, p-ANCA: 1:320, auto Ac. IG-G anti-membrana basal glomerular menor a 1, se realiza biopsia renal por punción: vasculitis granulomatosa de vasos de pequeño calibre de tipo paucimune con glomerulonefritis proliferativa extracapilar fibrosa y lesiones esclerosantes segmentarias cicatriciales con infiltrado inflamatorio de eosinófilos tanto en el intersticio como

en la residua. Nefritis túbulo intersticial activa granulomatosa. Con base a la presentación del cuadro clínico, la evolución de este y los estudios complementarios se cumplieron 4 de 6 criterios para el diagnóstico de SCS: eosinofilia >1500mm³ o >10%, infiltrados pulmonares, neuropatía y eosinófilos extravasculares en biopsia, siendo esta presentación clínica un cuadro atípico ya que no hubo antecedente de asma, en la revisión de casos de SCS se menciona que el 90-95% de los casos tienen el antecedente de asma, además de presentar glomerulopatía rápidamente progresiva la cual se presenta en menos de un 10% de los casos reportados de SCS. **Palabras clave:** vasculitis, lesión renal aguda, glomerulopatía, eosinófilos, asma, anticuerpos.

0620 Sobrecrecimiento bacteriano y síntomas gastrointestinales en esclerosis sistémica

García-Collinot Grettel¹, Cruz-Domínguez María Pilar¹, Carranza-Muleiro Rosa Angélica¹, Madrigal-Santillán Eduardo Osiris², Martínez-Bencomo Michel Augusto³, Jara Luis Javier¹

¹ Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS; ² Medicina de Conservación, Escuela Superior de Medicina, IPN; ³ Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE

Antecedentes: la esclerosis sistémica (ES) se asocia a afección gastrointestinal en 70-90%. La hipomotilidad intestinal debido

a fibrosis favorece el sobrecrecimiento bacteriano (SCB) y múltiples síntomas gastrointestinales (SGI) que incrementan la morbimortalidad.¹ **Objetivos:** evaluar el SCB mediante la prueba de Hidrógeno en aliento (PHA) y los SGI mediante el cuestionario NIH® PROMIS GI en pacientes con ES. **Material y métodos:** pacientes con ES (criterios ACR-EULAR 2013) que firmaron el consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario NIH PROMIS GI para evaluar los SGI y clasificarlos en asintomáticos, mínimo, leve, moderado y severo. Se realizó PHA para medir hidrógeno en partes por millón (ppm) con 50 g de glucosa previo ayuno de 14 horas, aseo bucal y 30 días sin antibióticos. A los pacientes con PHA negativa con síntomas asociados a la ingesta de glucosa se les repitió la PHA con 50 g de lactulosa. Análisis: estadística no paramétrica, correlación de Spearman para hidrógeno espirado y puntaje síntomas SGI (NIH PROMIS). **Resultados:** se incluyeron 51 pacientes, edad 52 años (26-75), 49 (96%) mujeres y 2 (4%) hombres, evolución de la enfermedad 12.5 años (1-39), variedad ES limitada 29 (57%) ES difusa 22 (43%), índice de masa corporal 25.2 (15.4-42.6). Más del 50% de los pacientes tuvieron SGI moderados a severos, evaluados por distribución de percentiles: diarrea 69(10-91), incontinencia 74 (30-92), náusea/vómito 87 (24-98), estreñimiento 70 (33-96), dolor abdominal 72 (16-95),



flatulencia 91 (61-99). Se realizó PHA (41/glucosa y 10/lactulosa). Cincuenta y ocho por ciento tuvo una PHA positiva, de estos 80% tuvo aumento continuo del hidrógeno exhalado en ppm min0: 7 ppm (1-102), min15: 9ppm (1-116), min30: 9ppm (1-182), min45: 8ppm (1-182), min 60: 10ppm (1-198), min90: 7ppm (1-250), min120: 7ppm (1-217), min150: 75ppm (3-235). Se correlacionó náusea/vómito y estreñimiento con los minutos 90 ($r=0.48$, $p=0.01$ / $r=46$, $p=0.01$), 120 ($r=0.57$, $p=0.002$ / $r=0.54$, $p=0.004$) y 150 ($r=0.51$, $p=0.01$ / $r=0.52$ $p=0.01$) respectivamente. **Conclusión:** los síntomas que afectaron de moderado a severo a más de la mitad de los pacientes fueron flatulencia, estreñimiento y náusea/vómito. Un mayor puntaje en la severidad de náusea/vómito y estreñimiento en cuestionario NIH PROMIS se correlacionó a cifras elevadas de H después del minuto 90, por lo tanto el cuestionario puede ayudarnos a inferir quienes tienen mayor SCB. **Referencia:** 1. Hinchcliff M. Am Fam Physician 2008;78:961-8.

Palabras clave: sobrecrecimiento bacteriano, síntomas gastrointestinales, esclerosis sistémica.

0633 Neumonía intersticial idiopática en un paciente con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA)

Urdiales Néstor Adair, Medina Eloy, Hernández Diego, Rivero Paloma

Hospital Ángeles del Carmen

Introducción: la neumonía intersticial idiopática secundaria a vasculitis asociada a ANCA (VAA), es una entidad poco frecuente, pero de pronóstico pobre, debido a la rápida progresión y detección tardía. La poliangitis microscópica asociada MPO-ANCA, es la más asociada a neumonía intersticial idiopática. El tratamiento indicado es a base de esteroides asociados a ciclofosfamida o rituximab.

Descripción del caso: masculino 84 años, sin antecedente de tabaquismo, hipertenso controlado. Inicia padecimiento 7 meses previos con disnea de moderados esfuerzos, tos no productiva, síndrome constitucional con pérdida de peso 7 kg en 7 meses. Posteriormente presenta LRA kdigo 3, trombocitopenia severa, anemia moderada normocítica-normocrómica. TACAR tórax con patrón intersticial bilateral, nódulos pulmonares en hemitórax derecho, atelectasias pasivas, derrame bilateral loculado y derrame pericárdico. En broncoscopia, se observa edema del árbol traqueobronquial bilateral, tinción Gram con leucocitos (6-8) predominio polimorfonuclear; cultivos bacterias, hongos y micobacterias negativos; citología negativo para malignidad. Se realiza toracocentesis, citoquímico con leucocitos (39) predominio mononuclear; ADA 4.3; cultivos bacterias, hongos y micobacterias negativos. Hemocultivos periféricos y centrales

negativos. MPO-ANCA positivo (1:10 +++), PR3-ANCA negativo.

Conclusiones: la vasculitis asociada a MPO-ANCA, European Respiratory Society (ERS), es una vasculitis necrosante con escasos complejos inmunitarios que afecta vasos de pequeño calibre. Esta enfermedad se acompaña de glomerulonefritis y capilaritis pulmonar, en ausencia de inflamación granulomatosa. Los infiltrados parenquimatosos y nódulos pulmonares son los hallazgos radiológicos en las VAA. Según el consenso de la ERS, al tener alta sospecha diagnóstica de vasculitis sistémica con MPO-ANCA positivos, se recomienda iniciar terapia empírica con corticoesteroides asociado a ciclofosfamida. Como conclusión final, la VAA es una enfermedad de mal pronóstico por su rápida progresión, es importante sospecharlo ante un paciente con neumonía intersticial idiopática, afección renal, anticuerpos ANCA positivos y especificidades antigénicas. El inicio temprano del tratamiento es esencial para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: neumonía, intersticial, vasculitis, ANCA.

0637 Lupus eritematoso generalizado en paciente con trasplante renal de donador vivo no relacionado

Cerda Fidel¹, Lozada Carlos Alberto², Hernández Genaro³

¹ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE; Hospital General Xoco; ² Instituto Na-

cional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra; Hospital General Xoco; ³ Hospital General Ticomán

Femenino de 46 años de edad quien es originaria del Estado de México, casada, cuenta con carga genética por rama paterna para cáncer pulmonar no especificado, carga genética por rama materna para diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, así como una hermana con hipotiroidismo, dentro de sus antecedentes personales patológicos a los 28 años presenta síndrome nefrótico el cual requirió de tratamiento sustitutivo de la función renal diálisis peritoneal continua ambulatoria (1998) y posteriormente con hemodiálisis (1999), en el año 2000 fue sometida a trasplante renal de donante vivo no relacionado, como parte de su estudio de la enfermedad renal crónica se solicitaron ANAs los cuales fueron positivos en dos ocasiones, sin encontrar datos de enfermedad reumatológica. Posterior al trasplante ha tenido de 3 a 4 episodios de poliartritis simétrica de codos metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y rodillas con duración de 1 a 2 semanas, tratada con alopurinol por el servicio de trasplantes. Desde el 2015 ha presentado disnea de medianos a pequeños esfuerzos, acompañada de dolor torácico, ortopnea, es valorada por neumología encontrando bulas bilaterales en tratamiento con agonista beta 2 con mejoría. En

junio de 2016 presenta disfagia a sólidos y líquidos, pirosis, hiporexia, pérdida de peso, disnea de pequeños esfuerzos y dolor torácico, ha presentado fiebre de predominio vespertino y 3 veces por semana, por lo cual se solicita examen general de orina patológico por lo cual se da tratamiento con cefalosporina, se detecta IgM para herpes virus dando manejo con Aciclovir. Posteriormente se presenta dolor neuropático en ambas manos y lesiones vasculíticas. De forma dirigida se refiere caída de cabello y fenómeno de Raynaud con exposición al frío. Se solicita biometría hemática en donde se detecta anemia normocítica, normocrómica, linfopenia (0.860/m³), ANAs * homogéneo difuso, cromosoma 4, C3 86 (bajo) y C4 23.8 (normal), anti RNP 156.79 U, anti SM negativos, anti DNA 1103.98 UI/ml, anti Ro y La negativos, C y P ANCA negativos, beta 2 microglobulina 0.5 ,g/dl (alta). TAC de tórax con datos de neumopatía crónica y derrame pleural bilateral (serositis). Se concluye que la paciente padece lupus eritematoso generalizado en paciente con trasplante renal de donador vivo no relacionado.

Palabras clave: lupus eritematoso generalizado, trasplante renal.

0638 Abordaje de afección renal en el síndrome antifosfolípido primario: reporte de caso

Cedillo Alejandro Eliú, López Diana Sarai, Hintze Juan Carlos, Ceñal Íñigo, Ortiz Laura

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción: el síndrome antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune multisistémica, caracterizada por eventos tromboembólicos arteriales, venosos y capilares, el cual puede tener una presentación primaria, o ser una manifestación secundaria de otra enfermedad autoinmune.

Caso clínico: femenino de 27 años de edad con síndrome antifosfolípidos primario desde hace cuatro años. Hospitalizada por síndrome febril, cefalea y síntomas irritativos urinarios. Refiere disnea progresiva a medianos esfuerzos. A la exploración piel de adecuada coloración, ganglios no palpables, con FC de 110 l/min, FR 14 resp/min, ruidos cardiacos rítmicos y abdomen sin alteraciones, no se palpan tumoraciones, ni visceromegalias, edema +. Con reporte previo con anticuerpos antinucleares +1:160 con patrón centromérico, anti cardiolipinas IGG + >1:120, con anti nucleosoma, Smith, RNP, histonas, RO, LA, jo-1, SCL 70, FR, APCC y complemento negativos. Se toman estudios con leucocitos 9.9 x10³µl, neutrófilos 9.5 x10³µl, hemoglobina 13.7 gr/dl, VCM 84.9 fl, CMCH 28.7 gr/dl, plaquetas 66 x10³µl, electrolitos séricos y función renal normales, examen general de orina con nitritos positivos, leucocitos 500/c, bacterias y eritrocitos abundantes, con proteinuria de 3 gr/dl, depuración por ckd-



epi 119.9 ml/min, dímero d en 2680 y radiografía de tórax sin alteraciones, teniendo en cuenta la trombocitopenia moderada, infección de vías urinarias y proteinuria, se solicita ultrasonido doppler de miembros inferiores en donde se descarta trombosis venosa profunda, así como TAC de tórax sin datos de tromboembolia pulmonar, se toma biopsia renal en donde por inmunofluorescencia e inmunohistoquímica se reporta nefropatía lúpica focal tipo III. **Conclusiones:** el síndrome antifosfolípidos con afección renal genera trombos en arterias de pequeño calibre renales y en glomérulo, así como recanalización en lesiones tardías, en el síndrome antifosfolípido primario siempre tiene que descartarse lupus eritematoso generalizado, ya que puede encontrarse asociado en un 25 al 50 % de los casos. La paciente desarrollo nefropatía lúpica a partir de un síndrome antifosfolípidos primario, esto ocurre en el 13 al 23% de los pacientes en un periodo de 9 años, además de mencionar que con el hallazgo de nefropatía lúpica en una biopsia renal puede considerarse que un paciente padece de lupus eritematoso generalizado.

Palabras clave: lupus eritematoso generalizado, síndrome antifosfolípido primario, nefropatía lúpica, proteinuria.

0652 Abordaje de vasculitis cutáneas en el adulto

Solís Karla Ivonne
Hospital Juárez de México

Las vasculitis del adulto pueden ocurrir en una amplia gama de trastornos sistémicos y acompañarse de variedad de manifestaciones clínicas. La correlación clínica, serología y examen histopatológico es esencial para obtener diagnóstico de certeza. Pueden ser resultado de diversas patologías: infecciones virales, bacterianas(23%), fármacos (20%) Su reconocimiento oportuno ayuda a la búsqueda intencionada de padecimientos sistémicos y prevenir complicaciones asociadas. **Presentación del caso:** masculino, 25 años, economista, niega patologías de importancia. Refiere practicas de riesgo, niega: tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías y alergias. Padecimiento de 13 días de evolución: astenia, adinamia, malestar gral, fiebre 39°, sin predominio de horario. Se automedica con clorfenamina y paracetamol, mejoría parcial, sin embargo, 10 días después: lesiones purpúricas en región glútea y miembros pélvicos, parestesias y artralgias intensidad 8/10 que impide deambulacion. EF. SV normales, paciente consciente. Narinas permeables, secreción hialina moderada. Sin adenomegalias cervicales y axilares. Cardiopulmonar sin compromiso. Dolor abdominal difuso, hepatoesplenomegalia. Dermatitis en fosas iliacas, miembros pélvicos y región glútea; pápulas eritematovioláceas, bordes mal definidos, superficie elevada e irregular, distribución heterogénea, con-

fluentes en placas, no dolorosas a la palpación, no prurito, no desaparecen a la digitopresión. Resto sin cambios. Labs: leucos 19.1, neutros 76.6%, linfos 10.3%, eosinófilos 10.6%, plaq 255000, HB13.5, Ht:45.2% TP 14.8, TPT 26.3, INR 1.28, Cr 2.54, BUN 23, Ur 66, TGO 28, TGP 31, BT 2.0, BD1.2. EGO proteínas 30, eritros 9-10, sedimento abundante: eritrocitos dismórficos. VSG 10, PCR19. Rx tórax normal. USG renal normal. Perfil reumatológico, VHB, VHC, VIH y Marc tumorales: negativos. Biopsia de piel tinción H y E y tricrómico de Masson: destrucción de vasos por infiltrado inflamatorio, predominio de neutrófilos, vasos pequeño a mediano calibre con necrosis fibrinoide, leucocitoclasia y eritrocitos extravasados. inmunofluorescencia: depósitos de IgA. Cumple criterios Kawakami para púrpura Henoch-Schonlein, se inicia tx con prednisona 1mg/kg. Respuesta favorable a síntomas cutáneos articulares y mejoría en la función renal. **Conclusión:** en este caso se vuelve fundamental el establecimiento de un diagnóstico oportuno debido a que la asociación con nefropatía y otras complicaciones sistémicas, son más frecuentes que en px pediátricos.

Palabras clave: púrpura, Henoch-Schonlein, adultos, vasculitis, Kawakami, nefropatía.

0664 Síndrome ASIA. A propósito de un caso

Aguilar Lilia Georgina, Maldonado Héctor Daniel, Marín Miguel, Arias Jaime, Rodríguez Juan Alberto, Magdaleno Cirse, Corona Felisardo
Hospital General de Occidente

Introducción: el síndrome ASIA (*Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants*) es un término acuñado por Shoenfeld y Agmon-Levin para describir condiciones clínicas que presentan una amplia gama de signos y síntomas. El espectro clínico de enfermedades autoinmunes del síndrome ASIA es amplio. Cerpa-Cruz reportó en 2013 a 43 pacientes que completaron criterios clínicos para efectos adversos posvacuna, 40% fueron adultos y 60% niños, más frecuente en mujeres (58%), con un periodo entre inmunización e inicio de síntomas de 6 días promedio. Los anticuerpos antinucleares fueron presentes en 1 paciente (2.3%). Las manifestaciones más comunes reportadas por el autor fueron: debilidad muscular 30%, artralgias y/o artritis 47%, manifestaciones neurológicas 48% y fiebre 68% **Objetivo:** se presenta un caso de síndrome ASIA manifestado como síndrome de Guillain-Barré posterior a la aplicación de vacuna trivalente contra influenza. **Reporte de caso:** masculino de 52 años con antecedente de aplicación de vacuna trivalente para influenza 5 días previos a su ingreso. Inicia con cuadro pseudogripal y debilidad distal, la cual au-

menta, siendo de características ascendente y progresiva, que incapacita la deambulacion y causa disnea en reposo. Neurológicamente se documentó ausencia de reflejos miotendinosos y debilidad graduada 2/5 en extremidades superiores, 1/5 en inferiores, con debilidad facial e isocoria pupilar. Análisis de líquido cefalorraquídeo, normal. Electromiografía de 4 extremidades, documentando polineuropatía periférica aguda, que afecta las 4 extremidades, fibras sensitivas y motoras, preferentemente axonal con desmielinización. Se concluye diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré clásico, tipo AMSAN. Requiere de intubación y ventilación mecánica, se maneja con gammaglobulina, asociándose neumonía por ventilación con evolución tórpida, falleciendo por choque séptico. **Conclusiones:** el síndrome ASIA se debe de sospechar en pacientes con manifestaciones neurológicas que tengan el antecedente de vacunación reciente, debiendo de cumplir los criterios diagnósticos propuestos por Shoenfeld. El síndrome de Guillain-Barré es la forma de enfermedad más frecuentemente asociada al síndrome ASIA, en cuyo caso el diagnóstico es clínico apoyado de estudios complementarios, como es la electromiografía. Es importante mencionar la gama de manifestaciones del síndrome de ASIA y buscarlas de forma intencionada en pacientes posvacunación.

Palabras clave: síndrome ASIA, Guillain-Barré, vacunación.

0670 Tromboembolia pulmonar asociada a síndrome antifosfolípido de reciente diagnóstico

Infante Héctor, Martínez Sergio, González Jocelyn Raquel, Rivera César, Citalán José Antonio, Monera Fernando, Reyes Tamara
Hospital de Especialidades de la Ciudad de Mexico Dr. Belisario Domínguez

El síndrome antifosfolípido se describe como una forma de trombofilia inducida por autoanticuerpos, cuyas principales manifestaciones clínicas son las trombosis, tanto venosas como arteriales, así como abortos recurrentes o partos prematuros. Afecta a 0.5% de la población, es 5 veces más frecuente en mujeres de 34±13 años. Se trata de femenino de 42 años de edad sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia; ginecoobstétricos: menarca a los 13 años, 3 abortos a las 8 semanas de gestación, niega uso de anticonceptivos. Inicia su padecimiento actual en marzo de 2016 con edema caliente de pierna derecha, por lo que acudió con médico particular, quien indica manejo con dexametasona e indometacina mostrando mejoría parcial; sin embargo, presenta de forma súbita astenia, adinamia, disnea de medianos esfuerzos que progresa a los pequeños, acompañada de palpitations y dolor torácico anterior opresivo,



transfictivo, intensidad 7/10, por lo que acude al servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria. A la exploración física se ausculta S2 aumentado de intensidad, hemitórax derecho con hipoventilación, miembro pélvico derecho con signo de Hommans positivo. EKG con bloqueo de rama derecha y datos de sobrecarga de ventrículo derecho; radiografía de tórax: signo de Westermak positivo apical derecho; USG Doppler de miembro pélvico: vena femoral común de trayecto regular, interior heterogéneo con imagen irregular delimitada ecogénica, móvil (39.4% de estenosis) otra imagen de aspecto similar adosada a la pared superior (44.6% de estenosis), flujo turbulento. Ecocardiograma: con alta probabilidad de tromboembolia pulmonar. Perfil cardiopulmonar: elevación de dímero. Angiotomografía: dilatación importante del tronco de la arteria pulmonar y presencia de trombo intraluminal. Por deterioro clínico se decide trombólisis con estreptoquinasa presentando adecuada evolución. Reporte de anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico, positivos. Se logra egreso domiciliario con manejo ambulatorio. Se trata de una enfermedad de la que aún no se conoce con claridad la etiología ni sus mecanismos patogénicos; sin embargo, causa daños irreversibles secundarios a fenómenos trombóticos, que a su vez ocasionan disfunción orgánica y morbilidad En cualquier

caso, la prognosis es mala a largo plazo, meritoria de continuar estudiándose.

Palabras clave: autoinmune, trombosis, aborto, mujer, tromboembolismo, anticuerpos.

0682 Miopatía mitocondrial en paciente con debilidad generalizada y alteraciones sensitivas del Centro Médico Nacional La Raza

Tejada Melina, Peralta Ana Lilia
IMSS, CMN La Raza

Masculino de 49 años de edad que ingresa al servicio de Medicina Interna en CMN La Raza por debilidad generalizada y alteraciones sensitivas contando con los siguientes datos de importancia: corrección de fractura expuesta tibioperonea hace 20 años, por accidente en moto. Múltiples accidentes automovilísticos, con múltiples fracturas. Último accidente hace 7 años, en autódromo, con fracturas cervicales que requería tratamiento quirúrgico sin realizarse por decisión del paciente, cursando con inmovilización durante 2 meses inicialmente por dolor, posterior a ello con disminución de la fuerza muscular que fue manejado solamente con sintomáticos hasta el día de hoy. Cuenta con cuadro de 3 años de evolución con disminución de fuerza de miembros pélvicos o torácicos de forma alternada con remisión espontánea del cuadro; la afección muscular es principalmente distal, posterior a la realización de ejercicio y

recuperación sin tratamiento, igualmente presenta alteraciones en sensibilidad con parestesias y disestesias en parche sin encontrarse un nivel sensitivo. Debido a toda esta sintomatología refiere que disminuye funcionalidad en las actividades diarias de la vida. Durante su evolución cuenta que hace 8 meses se exacerba presentando fatiga al deglutir, dificultad respiratoria súbita, de corta duración y de manera intermitente. A su ingreso con glucosa 81, creatinina 2.2, Na 142, K 4.1, Cl 104, ALT 18, AST 24, DHL 389, CPK 765, bilirrubina total 0.54, hemoglobina 16, leucocitos 7.4, PLT 216000, examen general de orina sin alteraciones, aumento de forma súbita de CPK hasta obtener un valor máximo de 7000 en menos de tres días, elevación de cifras de creatinina hasta 2.0, electromiografía con datos de miopatía aún inespecíficos, con muy escasa inestabilidad de membrana; se realizan pruebas de isquemia y cargas de glucosa compatible con miopatía metabólica; TAC simple y contrastada de tórax, de características tomográficas normales; resonancia magnética de cráneo: sin alteraciones estructurales. Se obtiene muestra de cuadriceps sin evidencia de miopatía inflamatoria, con cambios concordantes con citopatía mitocondrial y degeneración secundaria de fibras musculares. Se envía muestra para estudio de microscopia electrónica mostrando datos compatibles con miopatía mitocondrial. Se le

da seguimiento a paciente con tratamiento sintomático y rehabilitación con adecuada evolución y reducción de los cuadros de debilidad muscular con mejoría de la calidad de vida.

Palabras clave: miopatía, mitocondrial, masculino, debilidad, progresiva, parestesias.

0688 Síndrome de Felty. Reporte de caso

Cruz Nydia Karen, Juárez Ismael Axayácatl, Gómez Rubén Antonio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: la tríada característica del síndrome de Felty (SF) es: artritis reumatoide (AR), neutropenia y esplenomegalia. Es una complicación sistémica rara (<1%) que aumenta en frecuencia después de 10 años de diagnóstico, éste es clínico y el tratamiento va enfocado a disminuir el dolor articular, las infecciones y evitar las deformidades óseas. **Caso clínico:** paciente femenina de 72 años de edad hospitalizada en el Hospital General de Zona 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien cuenta con los antecedentes de AR de 12 años de diagnóstico en manejo con metotrexate. Refiere que 3 meses previos a su ingreso inicia con malestar general, tos en accesos, expectoración blanquecina, dolor e inflamación de las articulaciones metacarpofalángicas y pérdida ponderal de 6 kg, agregándose crecimiento ganglionar

cervical bilateral, doloroso, fiebre (38°C), hipodinamia, náusea y dolor abdominal persistente en epigastrio. Tensión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 37°C. Mucosa oral sub-hidratada, tegumentos con palidez. Cuello con adenomegalias cervicales derechas, móviles, no dolorosas. Ruidos cardíacos aumentados en intensidad. Campos pulmonares con rudeza respiratoria. Abdomen blando, depresible, palpación de tumoración en epigastrio-hipocondrio y flanco izquierdo, matidez a la percusión, no datos de irritación peritoneal. Extremidades con hipotrofia y tumefacción articular de metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Paraclínicos básicos con reporte de leucocitos 3.8 x10³, Hb 6.7 g/dL, Hto 27%, MCV 88 fl, MCH 26.5 pg, linfocitos 1.9 k/uL, neutrófilos 0.8 k/uL, sodio 137 mmol/dL, potasio 4.3 mmol/L y glucosa 88 mg/dL. Radiografía de abdomen con opacidad homogénea en cuadrante superior derecho, bordes definidos y coproestasis. Ultrasonido abdominal con esplenomegalia, bazo de dimensiones 164x81mm. Sin dilatación intra ni extrahepática. Ultrasonido de cuello: tiroides en situación normal, lóbulos de tamaño adecuado con ecogenicidad conservada, a la aplicación de Doppler con flujo aumentado. Crecimientos ganglionares cervicales. Creci-

mientos ganglionares cervicales de tipo atípico sugestivo de datos de tiroiditis. **Conclusión:** el SF es una complicación extraarticular rara que puede ser subdiagnosticada y mal manejada debido a errores diagnósticos, por lo que los pacientes con neutropenia y esplenomegalia deben ser deben ser sospechosos de SF.

Palabras clave: síndrome de Felty.

0692 Coccidioidomycosis crónica en paciente con dermatomiositis: presentación de caso

Viguera Alma Poema, Sánchez Tania, Casillas José Domingo
Hospital General de Pachuca

La coccidioidomycosis es una micosis sistémica producida por hongos dimorfos del género *Coccidioides*, existiendo 2 especies, idénticas. Es endémica de América, especialmente en el sureste de Estados Unidos de América (EUA) y en el norte de México, donde la incidencia calculada es de 0.8 por cada 100 mil habitantes. Infechan al hombre por vía inhalatoria, la mayor parte de las infecciones son benignas, caso contrario en pacientes con déficit en la inmunidad mediada por células. La coccidioidomycosis pulmonar crónica se presenta únicamente en el 5% de los casos, evoluciona durante años y puede ocasionar muerte por insuficiencia respiratoria. Masculino de 36 años, con migración a EUA por 5 años, laborando en Arizona, en el 2007 presentó cuadro de debili-



dad muscular proximal, además de eritema en heliotropo, se diagnosticó dermatomiositis a través de anticuerpos y biopsia muscular, así como de piel. Se da manejo no especificado, 2 años después inicia con tos con expectoración blanquecina, fiebre no cuantificada, dolor pleurítico además de mialgias, se toma biopsia pulmonar donde se diagnosticó una coccidioidomicosis, se da manejo con fluconazol. En el 2012 presentó compromiso esplénico con abscesos y choque séptico, se realizó esplenectomía, se dio voriconazol, acudió a valoración en noviembre del 2014, refirió persistencia de debilidad muscular, además de tos crónica de predominio nocturno sin expectoración; a la exploración, dermatosis localizada en región periorbitaria, malar, zonas fotoexpuestas, de tipo manchas hiperpigmentadas, campos pulmonares limpios, con disminución de masa muscular de forma generalizada, con fuerza de 3/5 en extremidades; perdió seguimiento por un año, reanudó a valoración por la persistencia de tos, en radiografía de tórax, con afección micronodular difusa bilateral, sugestiva de actividad micótica. En la tomografía de tórax se corroboró patrón micronodular difuso bilateral; se realizó broncoscopia con toma de biopsia, además de lavados bronquiales, con visualización directa de esférulas abundantes, con endosporas; sin embargo, con reporte final de cultivo sin desarrollo, lo cual

podría ser secundario a tratamiento antimicótico. El paciente contó como principal factor de riesgo el inmunocompromiso mediado por la dermatomiositis y su tratamiento, además de exposición geográfica en zona endémica, teniendo varias presentaciones al inicio de síndrome pulmonar subagudo, desarrollando posteriormente una coccidioidomicosis crónica. **Palabras clave:** dermatomiositis, inmunocompromiso, micosis, respiratoria, Arizona, esplenectomía.

0700 Infarto cerebral como complicación de la arteritis de Takayasu: reporte de un caso y revisión de la literatura

Barragán Héctor Manuel¹, Fourzán Mayela², Herrera Juan Bosco³, De Miguel Regina⁴, Martínez José Antonio⁵, León Luis Raymundo², Magaña Lucía⁶

¹ Departamento de Terapia Endovascular Neurológica, Hospital Star Médica Querétaro; ² Unidad de Resonancia Magnética, Instituto de Neurobiología, Campus Juriquilla UNAM, Querétaro; ³ Departamento de Reumatología, Hospital General de Querétaro, SESEQ; ⁴ Universidad Anáhuac, Campus Querétaro; ⁵ Departamento de Anestesiología, Hospital General de Querétaro, SESEQ; ⁶ Departamento de Neurología. Hospital General ISSSTE Querétaro

Objetivo: presentar un caso de arteritis de Takayasu (AT) diagnosticado mediante estudios

de neuroimagen no invasivos e invasivos. **Descripción del caso:** femenino de 18 años con antecedente de nefrectomía izquierda a los 14 años por hipertensión renovascular (HRV). Acudió a Urgencias 1 hora después de iniciados los síntomas. EF: hemiparesia faciocrorporal izquierda, NIHSS de 9; exámenes de laboratorio normales. TC de cráneo con hiperdensidad de la ACMD en los segmentos M1 a M3, la resonancia magnética (RM) con secuencia de difusión (DWI) y después angiografía por sustracción digital (ASD). La DWI mostró restricción del núcleo caudado derecho, AngioRM mostró oclusión de la arteria carótida interna (segmentos C1 a C6) y la arteria cerebral media derecha (ACMD) desde el segmento distal M1. La ASD con estenosis del tronco braquiocefálico, oclusión crónica completa (OCC) de la arteria subclavia (AS) derecha en su segmento proximal, estenosis del ostium de la arteria vertebral (AV) oclusión aguda de la carótida común, interna y externa derechas; OCC del ostium de la AV izquierda. Ambas AS llenaban por reflujo de la AV correspondiente. El tratamiento intraarterial con activador de plasminógeno tisular recombinante 30 mg, con revascularización TICI 2A. Debido a la historia de HRV se realizó ASD de la arteria renal derecha con oclusión de 50%. De acuerdo a los criterios de Ishikawa, la AT fue diagnosticada. Cinco días después del ictus, la paciente

se recuperó *ad integrum*, egresó con dabigatrán 150 mg po, bid; y metotrexate 15 mg po una vez a la semana. **Conclusiones:** AT es una vasculitis de grandes vasos con inflamación granulomatosa que inicia en la vasa vasorum. Acumulación de células mononucleares en la unión media-adventicia, extendiéndose al resto de la vasa. Incidencia de 2.6 por millón, razón mujer:hombre de 8:1, inicia antes de los 50 años. Fisiopatogenia bifásica: inflamatoria activa temprana (FIAT) y crónica tardía (FCT). La FIAT caracterizada por un curso vago, con síntomas constitucionales, en 50% de los pacientes es subclínica, dificultando el diagnóstico. Si no se logra remisión en 3 meses, puede progresar a FCT oclusiva, con inflamación y obliteración de la aorta y sus ramas. La terapia inmunosupresora y cirugía vascular se requieren en 80% de los pacientes. La AT es una enfermedad poco frecuente de difícil diagnóstico y tratamiento, en el 2010 disminuyó la tasa de mortalidad, hasta 2.8% a 10 años, debido a las nuevas modalidades terapéuticas.

Palabras clave: infarto cerebral, arteritis de Takayasu, diagnóstico, tratamiento, trombólisis intraarterial, neuroimagen.

0702 Reporte de caso del abordaje de un paciente con dermatomiositis

Alvarado Erika Stephania, Moraira Mauricio
Hospital General de Zona 27

Introducción: la dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática con manifestaciones a piel y extramusculares como: disfagia, insuficiencia renal aguda, miocardiopatía dilatada o trastornos del ritmo, alteraciones pulmonares. La prevalencia en adultos es de 1 a 10 casos por millón. Con un pico entre 10-14 años y 45-65 años. **Caso clínico:** hombre de 73 años de edad inicia 2 meses previos a su ingreso con dermatosis localizada en extremidades torácicas a expensas de pápulas eritematosas que aparecen en dorso de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y codos, que posteriormente se extienden a ambos miembros pélvicos. Se agrega disfagia a sólidos, un eritema máculo-violáceo en tórax posterior y máculas eritematosas periorbitales. Un mes previo a su ingreso inicia con debilidad proximal simétrica en miembros superiores, mialgias, astenia, adinamia, anorexia y artralgias, que 20 días previos a su ingreso ocasionan alteraciones en marcha. Debido a que presenta dolor epigástrico con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo asociado a disnea decide acudir al hospital. Laboratorios: glucosa de 105 mg/dL, BUN 20.56 mg/dL, urea 44, Cr 1.0 mg/dL, BT 0.86 mg/dL, BD 0.52 mg/dL, BI 0.3 mg/dL, AST 301 U/L, ALT 251 U/L, DHL 1236 U/L, CK 6602 U/L, CKMB 601, leucocitos 4.8, Hb 16.6, Hto 48, VCM 90.4, HCM 31.3, plaquetas 185, neutrófilos 3.6, linfocitos 0.4.

ECG: ritmo no sinusal, FC 50, eje 74, R-R irregular, sin datos de lesión o isquemia. Radiografía de tórax: vasos hiliares aumentados de diámetro y prominencia de tronco de arteria pulmonar, sugierentes de hipertensión pulmonar. Biopsia muscular: músculo estriado con inflamación crónica leve e inespecífica, inflamación crónica perivascular, fibrosis leve perianexial. Electromiografía: indicativo de enfermedad primaria de músculo. TAC toracoabdominal: normal. Colon por enema: redundancia colónica en sigmoides, colitis espástica, sin imagen tumoral. PSA prostático: 0.4. Anticuerpos anti(Ro), anti(La), anti-Sm, anti-RNP, anti-Scl-70 negativos. Inicia tratamiento con prednisona y azatioprina, con remisión de la debilidad y desaparición de las manifestaciones cutáneas. **Conclusión:** en México no contamos con estadísticas que muestren la prevalencia de esta enfermedad, por lo que pasa desapercibida, postergando el diagnóstico y modificando el pronóstico. Cumple con todos los criterios diagnósticos propuestos por Bohan y Peter, lo que nos sugiere un diagnóstico definitivo de dermatomiositis. Además presentaba fibrilación auricular y datos de hipertensión pulmonar, que apoyan el diagnóstico.

Palabras clave: dermatomiositis, miopatía.

0709 Síndrome pancerebeloso secundario a trombosis por SAAF primario



Waldo Carlos, Escobar Oscar, Rojas Gerardo, García Rafael, Ramírez Juan Heriberto
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, SS

Introducción: el síndrome antifosfolípidos (SAAF) es una condición autoinmune caracterizada por trombosis venosa y/o arterial con complicaciones fatales en mujeres; puede estar relacionada a padecimientos autoinmunes, neoplásicos, infecciosos o drogas. Tienen un mayor riesgo de trombosis los pacientes con “triple positividad” (anticoagulante lúpico, beta 2 microglobulina y anti-cardiolipinas) y con puntaje GAPSS >10 puntos en nuestro paciente con SAAF, bajo riesgo de trombosis y con afección pancerebelosa es inusual. **Descripción del caso:** masculino de 25 años, niega antecedentes familiares para padecimientos reumatológicos, preferencia bisexual sin protección, no alergias. Antecedente de cuadro clínico cerebeloso con recuperación *ad integrum* 3 meses antes a su ingreso. Acude por cefalea holocraneana de moderada intensidad, náusea, mareo y vómito, evoluciona a la postración con imposibilidad para la marcha, disartria y alteraciones de la conciencia, por lo que acude a urgencias. EF: TA: 110/70 mmHg, conciente, bradispsiquia lenguaje escandido y nervios craneanos con parexia del VI nervio craneal derecho, sin datos de afección bulbar, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades,

disdiadococinecia y disimetría, nistagmo horizontal que abate a la izquierda y vertical mixto, marcha no valorable, no datos meníngeos o piramidales, resto de exploración sin alteraciones. Paraclínicos: BH, QS, TP y TTPa normales; Ac anti-cardiolipina IgG >120; anti-nucleares positivo moteado grueso 1:320. Proteínas S: 89%; proteína C funcional 93%; factor V Leyden: homocigoto normal; antitrombina III antigénica 0.334, funcional 90.734; PL negativo para bandas oligoclonales; anticoagulante lúpico 0, beta2 glicoproteína I IgG 137; deficiencia de Gp 20210A negativa. Doppler carotídeo: disminución de flujo laminar en vasos intracraneales de fosa posterior; TAC de cráneo: lesiones hipodensas múltiples en cerebelo; IRM: lesiones hiperintensas en T2 y flair en ambos hemisferios cerebelosos y tallo cerebral. **Conclusión:** paciente que ingresa con síndrome pancerebeloso y ataxia truncal, abordado en un inicio como probable tromboencefalitis infecciosa por los antecedentes personales; se descartó LES y proceso infeccioso. Se obtuvieron anticuerpos positivos para SAAF, cuya incidencia en México en el género masculino es baja, y el sitio de afección cerebelosa y de nervios craneanos oculomotores ocurre en **Palabras clave:** síndrome antifosfolípidos, síndrome cerebeloso.

0714 Polimiositis. Abordaje diagnóstico y reporte de un caso

Pellón Irma Karen, Guerrero Claudia
Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Femenino de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución y nefropatía con rápida progresión con proteinuria masiva. Inicia su padecimiento actual 1 año antes de su ingreso con debilidad muscular progresiva hasta la imposibilidad para la deambulación y levantarse de la cama. A su ingreso con dolor muscular intenso de predominio en miembros inferiores y disnea de medianos a pequeños esfuerzos. A la exploración física se observa edema +++ en la región bipalpebral y pretibial bilateral, duro, fuerza muscular 4/5 de miembros pélvicos sensibilidad conservada, dificultad respiratoria con uso de músculos accesorios de la ventilación, taquipnea, hipoxemia y deterioro del estado de alerta Glasgow 7, requiriendo de manejo de la vía aérea avanzada. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral y congestión venocapilar pulmonar. Ecocardiograma sin datos de isquemia, FEVI 48%. Hemograma con anemia de enfermedad crónica, química sanguínea con BUN y creatinina elevados. Electrolitos séricos, hipocalcemia leve hipercalemia leve, hiperfosfatemia moderada. Uroanálisis: proteinuria de 14 g/día. Perfil tiroideo normal, PFH con hipoalbuminemia TGP 647,

TGO 1125, DHL 1863, enzimas musculares CKT 29914, VSG 34, PCR 9.5, C3 C4 negativos. Perfil TORCH y panel viral negativos. Perfil inmunológico anticuerpos anti-Scl 70 5.4, anticardiolipinas anti-Jo1, antinucleares, anti-Sm, anti-glicoproteínas, anti-doble cadena y anti-sintetasa negativos. Biopsia de músculo de vasto medial izquierdo compatible con polimiositis. Tratamiento con corticoide IV y posteriormente inmunoglobulina humana resultando en disminución significativa de enzimas musculares pero sin llegar a niveles normales. Desenlace fatal.

Palabras clave: polimiositis, debilidad muscular, enzimas musculares, inmunoglobulina.

0724 Identificación de factores de riesgo cardiovasculares en el síndrome antifosfolípido primario y secundario en la consulta de Reumatología del Hospital Juárez de México

Reyes Ivonne Leticia¹, Becerril Lizbeth Teresa¹, Barbosa Rosa Elda¹, Berea Ricardo¹, Mendoza Alejandra²

¹ Hospital Juárez de México; ² Instituto Nacional de Cancerología

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por la existencia de trombosis arterial o venosa, pérdidas fetales y trombocitopenia, con existencia de anticuerpos antifosfolípidos. La prevalencia de enfermedades cardiovasculares en pacientes

con enfermedades reumáticas es mayor. En SAF, los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (FRT), como hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad y tabaquismo aparecen con prevalencia de 46.2, 12.8, 28.2, 56.4 y 15.4%, respectivamente. El riesgo de infarto agudo al miocardio se ha demostrado hasta en 30% en comparación con la población general. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, en el que se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico de SAF primario y secundario, reclutados de enero de 2015 a enero de 2016, con el objetivo primario de identificar factores de riesgo cardiovascular. Como objetivo secundario se compararon los factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes con SAF primario y secundario. Además se identificó la prevalencia de síndrome metabólico en esta población. Se realizó análisis descriptivo de cada una de las variables de interés. Para las variables cualitativas se estimaron las frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar y se realizaron pruebas de normalidad (curtosis, histograma de frecuencias para normalidad y prueba de Shapiro-Wilk, tomando >0.05 para distribución normal). Entre las características sociodemográficas, 69% de los pacientes tuvo SAF primario y 30.4% de

tipo secundario; 82.6% de los pacientes eran mujeres. Como factores de riesgo cardiovascular se identificó tabaquismo en 13%, índice de masa corporal 27.78 (± 5.87), obesidad 30.4% y sobrepeso 30.4%, con perímetro abdominal promedio de 60.9%. Se demostró presencia de HTA en 52.2%, DM2 en 17.4%, dislipidemia en tratamiento en 39.1% y síndrome metabólico en 43.5%. Respecto a las manifestaciones trombóticas: trombosis venosa profunda en 60.9%, tromboembolismo venoso en 56.5%, trombosis venosa superficial en 43.5%, trombosis arterial en 21.7% y enfermedad vascular cerebral en 8.7%. Los resultados obtenidos de este estudio en cuanto a las diferencias entre SAF primario y secundario no representan significación estadística; sin embargo, consideramos que se requiere de una muestra mayor para tener mejor comparación de FRT.

Palabras clave: factores de riesgo cardiovascular, síndrome antifosfolípido, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, síndrome metabólico.

0733 Síndrome de pulmón-riñón en poliangeítis microscópica: reporte de un caso

Vigueras Alma Poema, Sánchez Tania, Casillas José Domingo, Téllez Eloísa

Hospital General de Pachuca

El síndrome de pulmón-riñón (SPR) se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar



difusa (HAD) y glomerulonefritis (GN), las vasculitis primarias asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) corresponden al 60-70% de los casos. Masculino de 42 años, inició con tos productiva, blanquecina, posteriormente con hemoptisis franca, con dolor torácico pleurítico, fiebre no cuantificada y disnea, que progresó hasta ser en reposo, acudió a valoración dos días después, a la exploración taquípnea, taquicardia, con uso de músculos respiratorios accesorios, sin signos patológicos a la exploración torácica, con saturación basal de 45%, por lo que requirió manejo avanzado de la vía aérea. Paraclínicos con creatinina de 6.85 mg/dL, urea 276 mg/dL, examen de orina con hematuria y proteinuria, con nitritos negativos, en biometría con hemoglobina de 10 g/dL, en 72 horas bajó 4 g, sin otro sitio de hemorragia diferente a la hemoptisis, con una procalcitonina normal, BAAR seriados de expectoración negativos, sin desarrollo en cultivos de expectoración, con PCR para influenza negativo, en gasometría arterial presentó hipoxia severa, se catalogó como un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda Berlín III, en radiografía de tórax con infiltrados de ocupación alveolar, bilaterales y difusos, así como imagen en vidrio despulido, por lo cual se sospechó de una hemorragia alveolar difusa, se inició protocolo de estudio de síndrome pulmón-riñón, se dio manejo empírico con bolos

de metilprednisolona 1 g cada 24 horas por 4 días, presentó mejoría, con progresión ventilatoria y radiográfica, hasta lograr extubación exitosa, en cuanto al compromiso renal se inició hemodiálisis, se solicitó anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNA, C-ANCA y anticuerpos antiPR3 todos negativos, presentando P-ANCA y antiMPO positivos, se tomó biopsia renal en la cual se refirió una GN proliferativa extracapilar mixta, con lesiones esclerosantes, compatible con una vasculitis de pequeños vasos. El abordaje diagnóstico se basó en la presencia de P-ANCAs y antiMPO positivos, aunado al resultado de la biopsia se diagnosticó una poliangeítis microscópica, llama la atención la severidad del cuadro, en el 90% de los pacientes muestran afectación renal, la afectación pulmonar es frecuente, manifestada con disnea, tos o hemoptisis, además de presentar en un 50% de los pacientes AntiMPO positivo.

Palabras clave: hemorragia alveolar, GN, vasculitis, PAM, antiMPO, ANCAs.

0749 Crisis renal en esclerodermia asociada a uso de esteroide.

Reporte de un caso

Sánchez Dora Alejandra, Pech Laura Olivia, Galván Alejandra, Moreno Francisco, Aquino José Miguel, Peña Danna María
Hospital General de México

Introducción: crisis renal esclerodérmica se define a los

pacientes con esclerodermia con hipertensión severa aguda (mayor de 150/85 mmHg), lesión renal aguda (más del 30% de reducción de la tasa de filtrado glomerular), anemia hemolítica microangiopática y elevación de creatinina. No todas las alteraciones están presentes al momento del diagnóstico. La crisis renal esclerodérmica es una complicación infrecuente de la esclerosis sistémica, afectando aproximadamente a 7-9% de los pacientes con la variedad difusa. **Caso clínico:** hombre de 45 años, con esclerosis sistémica variedad difusa de dos años de diagnóstico, en tratamiento con prednisona 50 mg cada 24 horas e hidroxicloroquina 20 mg cada 24 horas, negativo para historia de hipertensión arterial sistémica. Inicia 7 días previo con cefalea holocraneana, náusea, vómito y fosfenos con tensión arterial de 200/166 mmHg. A la exploración física engrosamiento cutáneo e hiperpigmentación en cara, dorso de manos y dedos, cicatrices umbilicadas en pulpejos, cuello sin ingurgitación yugular, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen asig-nológico, extremidad torácicas y pélvicas hipotróficas, simétricas con fuerza 4/5 en las 4 extremidades proximal y distal. Paraclínicos: urea 73.5, creatinina 3.0 (creatinina basal 0.8), albúmina 3.7, leucocitos 9000, Hb 10.8m, plaquetas 73 mil. Se inicia manejo antihipertensivo intravenoso con difícil control, por lo que se decide manejo en

unidad de cuidados intensivos, con posterior control de tensión arterial con antihipertensivos intravenoso y orales, lográndose suspender antihipertensivo IV; sin embargo, con deterioro de la función renal (AKIN 3), requiriendo hemodiálisis. Sedimento urinario activo, orina de 24 horas: proteínas 1037 mg/24 hrs. USG renal Doppler: observa riñón derecho falta de perfusión, no se observa datos de trombosis y/o estenosis. Biopsia renal: microangiopatía trombótica en fase subaguda y crónica. **Conclusión:** debido a la falta de criterios unificados para el diagnóstico de crisis renal esclerodérmica, complica la identificación de los pacientes aumentando la mortalidad a 1 año del 20 al 35%. Este tipo de complicación se presenta con más frecuencia en hombres, variedad difusa, estadios tempranos de la enfermedad, cambios rápidamente progresivos y el uso de esteroides, por lo que la identificación de los pacientes de riesgo permitiría realizar intervenciones tempranas que disminuyan la mortalidad.

Palabras clave: crisis, renal, esclerodermia, esteroide, reporte, caso.

0787 Endocarditis en el paciente reumatológico: reporte de caso
Wah Martín, Del Águila Daniel, Galarza Dionicio
 HU-UANL

Paciente femenino de 56 años, quien acude por fiebre, astenia, adinamia y artralgias a urgencias

de nuestro hospital. Como APP se menciona alergia a la penicilina, hipotiroidismo desde hace 15 años con levotiroxina, uso de AINES 2-3 veces por semana, HAS desde hace 2 años, tratada con prazocina. Desde hace 1 año se le realiza diagnóstico de enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo con hemodiálisis secundaria a vasculitis, ANCA-asociado p-ANCA 1:320 y MPO (+), ANA por Hep2(+) con patrón moteado 1:320. Inicia su padecimiento actual hace 6 días previos a su ingreso, caracterizado por fatiga, mialgias y artralgias generalizadas con predominio en región lumbar derecha, intensidad de dolor 8/10, lo cual dificulta la movilización y deambulación libre. Se acompaña de dificultad respiratoria de medianos y mínimos esfuerzos y fiebre de 38.5°C documentada, se traslada al hospital universitario para continuar su manejo. Se encuentra su temperatura de 38.2° y un soplo holosistólico de intensidad 3/6 en todos los focos, con predominancia en el foco tricuspídeo, además de posición antálgica al estar acostada sin *fowler* con dolor lumbar persistente al uso de analgesia y debilidad con pérdida de la movilidad de las extremidades inferiores 2/5 aproximadamente, ROT hiporeflécticos en ambas extremidades inferiores. Por los hallazgos a la EF, el diagnóstico diferencial relaciona con vasculitis ANCA-asociado, infección asociada a catéter de hemodiálisis y endocarditis infecciosa. Se le

realizan estudios de laboratorio encontrándose anemia normocítica normocrómica, leucocitosis neutrofílica, BUN y creatinina elevados, hipoalbuminemia, FA en 438, hiponatremia con datos de hipervolemia, hipotiroidismo TSH 22.6, PCR 38.9, VSG 29. Hemocultivo (+) para *S. aureus* meticilin sensible. La tele de tórax sólo muestra cardiomegalia y redistribución de flujo vascular, el EKG datos de hipertrofia del VI. Al realizar resonancia se encuentran hiperintensidades a nivel de L5-S1 en T2, compatible con colecciones. Se realiza ecocardiograma transesofágico y se encuentra trombo intracavitario en aurícula derecha con vegetación en válvula tricúspide. Se le realiza diagnóstico de endocarditis infecciosa. Se le da esquema antibiótico terapéutico, se le realiza procedimiento de drenaje de colección lumbar y cirugía para remover trombo intracavitario. La paciente fallece, secundario a complicaciones de la endocarditis.

Palabras clave: endocarditis, vasculitis ANCA.

0789 Síndrome de antifosfolípido catastrófico seronegativo (SAFCSN): reporte de un caso y revisión de la literatura

Barragán Héctor Manuel¹, Padilla Susana², Matuk Yamil³, Cruz Nephtalí⁴, Herrera Juan Bosco⁵, Vázquez-Medllado Alberto⁶, Martínez José Antonio⁷

¹ Departamento de Medicina Interna y Terapia Endovascular Neurológica, Hospital Star Mé-



dica, Unidad de Resonancia Magnética, Instituto de Neurobiología, Campus Juriquilla, Universidad Autónoma de México, Querétaro; ² Departamento de Medicina Interna, Hospital General de Querétaro, SESEQ; Jefa del Departamento de Terapia Intensiva, Hospital Ángeles Querétaro; ³ Departamento de Neurología, Hospital General de Querétaro, SESEQ; ⁴ Departamento de Neurología, Hospital Santa Rosa de Viterbo Querétaro, SESEQ; ⁵ Departamento de Reumatología, Hospital General de Querétaro, SESEQ; ⁶ Departamento de Hematología, Hospital H+, Cáncer Center, Querétaro; ⁷ Departamento de Anestesiología y Terapia Intensiva, Hospital General de Querétaro

Introducción: mujer de 29 años, ingresó a urgencias por enfermedad cerebrovascular isquémica (EVCI) cerebelosa aguda por disección de la arteria vertebral izquierda (AVI cefalea generalizada 9/10 EVA, 7 días previos, tratada con ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg y atorvastatina 80 mg po quotid. **Antecedentes:** colecistectomía sin complicaciones a los 28 años. Sin pérdidas fetales, uso de parche anticonceptivo desde

los 27 años. **Descripción del caso:** leucocitosis $14.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, creat 0.8 mg/dL . Ecocardiograma con foramen oval permeable. Resonancia magnética (RM) con EVCI periventricular derecho crónico, EVCI cerebeloso agudo izquierdo. Angiografía cerebral: estenosis 61% NASCET en tercio proximal segmento V1 de AVI y trombo libre intraluminal en V3 ipsilateral; trombolisis IA con 30 mg de rt-PA y 28 mg IV. Progresión del deterioro neurológico, Glasgow 9 y síndrome de Wallenberg, que ameritó internamiento en UTI. RM en secuencia difusión con EVCI en región mesial y lóbulo occipital y hemisferio cerebeloso izquierdos; T2* con transformación hemorrágica en el territorio de la PICA. Se inició coma inducido, intubación endotraqueal, presión arterial media de 80-100 mmHg, manitol 0.25 mg/kg, ASA 100mg+clopidogrel 75 mg po quotid. El tercer día intrahospitalario (DIH) tuvo fiebre de 37.8°C , PCR 97 mg/L, procalcitonina 4.7 ng/mL, sin focos de infección, VSG 43 mm/h y Rouleaux positivo. El cuarto DIH presentó livedo reticularis, taquicardia (150 lpm), angioTC torácica con embolia pulmonar en segmento 10 pulmón dere-

cho, tratado con anticoagulación total con Enoxaparina. El quinto DIH tuvo hipertensión intracraneal, RM con edema cerebral generalizado, compresión del tallo cerebral, del IV ventrículo y herniación de las amígdalas cerebelosas; tratado con craneotomía suboccipital. Se sospechó el diagnóstico de SAFCS y se trató con gammaglobulina en 1g/kg/d y prednisona a 80 mg po quotid. El sexto DIH presentó lesión renal aguda AKIN 1, creat 1.3 mg/dL ; desarrolló diabetes insípida, tratada con desmopresina, se suspendió el manitol. Se demostró anemia normocítica, normocrómica, plaquetas $212 \times 10^3/\mu\text{L}$; TTP 27.5 seg; factor reumatoide, anticardiolipina IgG e IgM, anti-b2GP1, anticoagulante lúpico, anticuerpos anti-DNA-dc, ANA's y VDRL negativos. Muerte cerebral el séptimo DIH, no se realizó necropsia. **Conclusiones:** el SAFCSN es una entidad poco frecuente que se debe sospechar ante un cuadro clínico de SAFCS, aun cuando los marcadores inmunológicos sean negativos. **Palabras clave:** síndrome de antifosfolípido catastrófico seronegativo, diagnóstico, tratamiento, angiografía cerebral, trombolisis intraarterial, doble antiagregación.