

lor y contractura muscular, debilidad, calambres, malestar general, fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y orina oscura. **Descripción de casos:** masculino de 20 años. Inicia el 29.06.15 dos horas posterior a realizar ejercicio, con náuseas, vómito, dolor abdominal tipo cólico intensidad 8/10. 12 horas posteriores presenta dolor muscular punzante que impide la realización de actividades, náuseas y dolor abdominal. Acude a nuestro hospital ingresando a medicina interna el 1.07.15, encontrándolo con facies algica, deshidratado, ab-

domen con dolor a la palpación generalizado. Paraclínicos: urea 70 mg/dL, creatinina 3.5 mg/dL, CPK 23 200 U/L, calcio 10.23 meq/L, sodio 142 meq/L, potasio 4.24 meq/L, gasometría: acidosis metabólica, EGO con PH 5, hemoglobina +++++, leucocitos 1-2 por campo, escasas células epiteliales. Se realiza diagnóstico de rabdomiolisis, se coloca acceso venoso central, se inicia hidratación. **Comentario:** se debe tener en cuenta a la rabdomiolisis en el diagnóstico diferencial de pacientes que consultan por síntomas musculares luego del ejercicio.

Considerar el diagnóstico en pacientes que han realizado ejercicio de baja intensidad, ante la presencia de factores de riesgo para su desarrollo, ya que el pronóstico de la rabdomiólisis es bueno cuando el cuadro es tratado en forma temprana, por lo que el médico internista debe sospecharlo en sujetos con síntomas musculares luego de un evento desencadenante. Entre más tiempo pase antes del inicio de la resucitación, hay más posibilidades de insuficiencia renal, motivo de la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno.

REUMATOLOGÍA

0028 El índice plaqueta/linfocito está elevado en adultos lúpicos con enfermedad activa

Delgado C, Galarza D, Colunga I, Borjas O, Mandujano I, Benavides D, Martínez R, Atilano A, Cardenas A

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el índice plaqueta/linfocito (IPL) se ha estudiado en diversas enfermedades oncológicas e inflamatorias como biomarcador diagnóstico y pronóstico. No existen estudios donde se evalúe el IPL en el lupus eritematoso generalizado (LEG). **Objetivos:** 1) Comparar

linfocitos, recuento plaquetario e IPL entre pacientes lúpicos con enfermedad activa y aquellos con enfermedad inactiva. 2) Determinar la precisión diagnóstica de estos marcadores para detectar actividad de la enfermedad. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, transversal, comparativo. Se compararon leucocitos, linfocitos, plaquetas, IPL, velocidad de sedimentación globular (VSG) y albúmina sérica entre 36 lúpicos activos (30 [25-43] años, 34 mujeres, Mex-SLEDAI > 5) y 36 lúpicos inactivos (30 [27-37] años, 35 mujeres, Mex-SLEDAI < 2). Se excluye-

ron pacientes infectados y/o trombocitopénicos. **Resultados:** no encontramos diferencias estadísticamente significativas en leucocitos y plaquetas entre grupos (5.9 [4.4-7.7] vs 5.6 [4.1-7.8], $p=0.66$; 269.8887 vs 271.7269.8, $p=0.92$). Los linfocitos resultaron comparativamente menores en el grupo con actividad (0.96 [0.6-1.4] vs 1.5 [1.1-2.0], $p=0.003$). El IPL resultó mayor en este mismo grupo (287.35 [198.15-385.22] vs 207.53 [115.77-274.8], $p=0.002$). La VSG no resultó distinta entre grupos (32.36 ± 14.07 vs 26.16 ± 18.79 , $p=0.11$). La albumina es significativamen-

te menor en los lúpicos con actividad (2.65 [2.3-3.255] vs 3.685 [3.51-3.88], $p < 0.001$). No hubo correlación entre INL y VSG o albúmina. **Discusión:** a pesar de que no encontramos una diferencia significativa en la VSG, el IPM sí es distinto entre lúpicos activos e inactivos. Esta elevación en el grupo con actividad está en función de la disminución comparativa de los linfocitos. Son necesarios más estudios para determinar si el IPL ofrece alguna ventaja diagnóstica/pronóstica sobre el recuento linfocitario. **Conclusión:** el IPL es significativamente mayor en el pacientes lúpicos con enfermedad activa.

0029 El índice neutrófilo/linfocito está elevado en adultos lúpicos mexicanos con enfermedad activa

Delgado G, Galarza D, Colunga I, Borjas O, Mandujano I, Benavides D, Martínez R, Atilano A, Cardenas A

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el índice neutrófilo/linfocito (INL) es un biomarcador de inflamación muy accesible aunque poco estudiado en el contexto de lupus eritematoso generalizado (LEG). Recientemente, en un estudio indonesio, el INL se reportó elevado en LEG leve y moderado. Hasta la fecha este hallazgo no ha sido reproducido. **Objetivos:** 1. Comparar neutrófilos, linfocitos e INL

entre pacientes lúpicos con enfermedad activa y aquellos con enfermedad inactiva. 2. Determinar la precisión diagnóstica de estos marcadores en la detección de actividad de la enfermedad. **Metodología:** estudio retrospectivo, transversal, comparativo. Se compararon hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocito, INL, velocidad de sedimentación globular (VSG) y albumina entre 36 lúpicos activos (30 [25-43] años, 34 mujeres, Mex-SLEDAI >5) y 36 lúpicos inactivos (30 [27-37] años, 35 mujeres, Mex-SLEDAI <2). **Resultados:** no hubo diferencias estadísticamente significativas en leucocitos y neutrófilos entre grupos (5.9 [4.4-7.7] vs 5.6 [4.1-7.8], $p=0.66$; 4.2 [3.4-5.6] vs 3.4 [2.2-4.8], $p=0.106$). Los linfocitos resultaron comparativamente menores en el grupo con actividad (0.96 [0.6-1.4] vs 1.5 [1.1-2.0], $p=0.003$) y, por consiguiente, el INL resultó mayor en este mismo grupo (4.7 [2.7-6.8] vs 2.3 [1.7-4.6], $p=0.001$). La VSG no resultó distinta entre grupos (32.36 ± 14.07 vs 26.16 ± 18.79 , $p=0.11$). La albumina es significativamente menor en los lúpicos con actividad (2.65 [2.3-3.255] vs 3.685 [3.51-3.88], $p < 0.001$). No hubo correlación entre INL y VSG, aunque sí entre INL y hemoglobina ($r=-0.360$, $p=0.03$). **Discusión:** nuestro trabajo reprodujo el resultado principal del estudio indonesio. A pesar de que no encontramos una di-

ferencia significativa en la VSG, el valor del INL sí es distinto entre lúpicos activos e inactivos. Existe una correlación negativa moderada entre INL y hemoglobina, previamente se ha reportado que la anemia es un predictor de exacerbaciones. **Conclusión:** el INL está elevado en lúpicos mexicanos con enfermedad activa.

0043 Calcinosis en esclerosis sistémica. Distribución topográfica en pacientes mexicanos

Cruz M, García G, Carranza R, Saavedra M, Jara L

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: la esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por alteraciones vasculares y fibrosis sistémica. La calcinosis ha sido reportada en 20-40% de los pacientes con lcSSc y con menos frecuencia en dcSSc. La calcinosis usualmente se localiza en extremidades (dedos, codos, rodillas), pero puede presentarse de forma generalizada. **Objetivo:** identificar y cuantificar la distribución de la calcinosis en una cohorte de pacientes mexicanos y su relación con las características clínicas y anticuerpos. **Materiales y métodos:** es un estudio transversal comparativo en una cohorte de pacientes con ES según los criterios de la ACR 2013. Se dividieron para su análisis en grupo 1 con calci-

nosis y grupo 2 sin calcinosis. Aplicamos la escala de Rodnan modificada para evaluar la afección cutánea, los criterios de Le Roy para la clasificación en cutáneo difusa y cutáneo limitada y la escala de Medsger para evaluar la severidad de afección orgánica. Se determinó calcio, fósforo, vitamina D y hormona paratiroidea (PTH) en suero y biomarcadores séricos para evaluar la presencia de enfermedades metabólicas asociadas con calcinosis. Se determinaron anticuerpos antinucleares y extraíbles del núcleo. **Resultados:** incluimos 109 pacientes, 41 con calcinosis (37%), 68 sin calcinosis (63%), 72 con lcSSc (67%) y 36 con dcSSc (33%). En los pacientes con lcSSc 20/72 (27%) tuvieron calcinosis y en dcSSc en 20/36 (55%). Los pacientes con calcinosis presentaron anticuerpo antinucleolar (36%), anticentrómero (34%) y anti Scl-70 (32%). Las manos fueron el sitio más afectado (53%), seguido de la región distal de extremidades inferiores. Los pacientes con calcinosis tuvieron una evolución de la enfermedad de 12 años, sin diferencia del grupo sin calcinosis. Las calcinosis se presentaron por igual en ambos subtipos. Se encontró elevación de PTH en 11/29 y disminución 1/29 de los pacientes con calcinosis. En el grupo sin calcinosis la PTH estuvo elevada en 9/35. Los niveles de calcio y fósforo estuvieron en rangos normales en ambos grupos. La Vitamina

D se encontró disminuida en el 89%. **Conclusiones:** encontramos calcinosis en 36% de una cohorte de 109 pacientes mexicanos. La calcinosis se asoció con la presencia de anticuerpos antinucleolar y anti Scl-70. No hay relación en la presencia de calcinosis con los niveles séricos de calcio, fósforo y PTH.

0045 Prevalencia de hipovitaminosis D en una cohorte de pacientes con esclerodermia

Carranza R,¹ Cruz M,¹ Vera O,² Jara L³, Reséndiz A,⁴ García G,⁵

¹ Servicio de Medicina Interna

² Jefatura de Medicina Interna

³ Jefatura de Enseñanza e Investigación

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
⁴ Coordinación Inmunología, Escuela Superior de Medicina, IPN

⁵ Servicio Social en Investigación, Universidad Veracruzana

Introducción: esclerosis sistémica (SSc), enfermedad crónica del tejido conectivo de origen desconocido, multisistémica y multifactorial, caracterizada por vasculopatías, fibrosis y autoinmunidad. La deficiencia de vitamina D en SSc se ha relacionado con gravedad de enfermedad. La vitamina D suprime la autoinmunidad de por mecanismos aun no claro; y beneficia la actividad de enfermedades reumáticas. El empleo de análogos sintéticos de vitamina D-paricalcitol

(19-nor-1,25-hidroxivitamina D2) inhibe la expresión y acumulación de componentes de la matriz intersticial. Las investigaciones indican que las correlaciones entre la deficiencia de vitamina D y los efectos adversos resultado de enfermedades autoinmunes, confirman el efecto perjudicial de la deficiencia de Vitamina D sobre la inmunidad. **Objetivo:** evaluar cuál es la frecuencia de hipovitaminosis D en adultos con esclerodermia. **Material y métodos:** se analizaron los niveles en plasma de Vitamina D. Se evaluó la severidad de la enfermedad (Escala de Medsger), 25 OH Vitamina D (ELISA niveles séricos de Ca, fosforo y PTH como parámetros de control. Se evaluó la escala de severidad de Medsger: General, vascular, Rodnan, tendón, muscular, tracto gastrointestinal, pulmonar y renal. **Resultados:** se reclutaron 62 pacientes adultos con SSc de edad 51±12 años, evolución de la enfermedad de 12±9 años; 50% con variedad Limitada, 45.58% Difusa y 4.41% Localizada. En 87.3% SSc se encontró hipovitaminosis; los niveles de vitamina D en sangre periférica fueron suficientes en 12.7% adultos con esclerodermia, 23.9% fueron insuficientes y 63.4% con deficiencia de vitamina D, sin diferencia por subtipo de esclerodermia. Los valores séricos de Calcio (9.21 ±0.3 mg/dl), fosforo (3.83±0.5 mg/dl), y PTH 61.35±0.5 pg/dl estuvieron en general dentro



del rango de normalidad. No se encontraron diferencias significativas entre las tres variedades de la enfermedad. La severidad de la enfermedad según Medsger: general, vascular, Rodnan, tendón, muscular, tracto gastrointestinal, pulmonar y renal; fue normal/moderado/severo en el 92.77% de los casos y solo un 7.22% severo/terminal. Estando presente el hiperparatiroidismo secundario en 32.1% de los casos. **Conclusiones:** la hipovitaminosis D es altamente frecuente en adultos con esclerodermia.

0046 Asociación del tipo de composición corporal y el nivel de la actividad clínica en espondiloartritis

Alvarez J,¹ Loeza R,² Barrera A²

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, SSA

² Hospital General Dr. Agustín O'Horán, SSA

Introducción: existe un vacío de conocimientos en el estudio de la relación entre el tipo de composición corporal y el estado clínico de los pacientes con espondiloartritis.

Objetivo: evaluar el grado de asociación entre el nivel de actividad inflamatoria y la composición corporal en pacientes con espondiloartritis. **Material y métodos:** estudio transversal prolectivo que incluyó a sujetos con espondiloartritis axial/espondilitis anquilosante de acuerdo a criterios ASAS/

Roma, y con espondiloartritis periférica/artritis psoriásica de acuerdo a criterios ASAS/CASPAR. En todos se determinó la composición corporal mediante IMC, circunferencias de cintura y cadera, índice cintura/cadera y electrobioimpedancia. En las formas axiales se evaluó actividad inflamatoria (BASDAI) y capacidad funcional (BASFI) en las formas periféricas se determinó actividad inflamatoria (DAS-28 y DAPSA) y capacidad funcional (HAQ-Di).

Resultados: fueron incluidos 20 pacientes (11 hombres/9 mujeres) de 45.6 ± 11.5 años de edad y 8.0 ± 6.2 años de evolución, trece presentaron las formas axiales y 7 las formas periféricas. El subgrupo con las formas axiales presentó correlación positiva significativa entre porcentaje de masa grasa por electrobioimpedancia y las calificaciones BASDAI ($r=0.52$; $p=0.03$) además de una clara tendencia hacia una correlación positiva entre circunferencia de cadera y las calificaciones BASFI ($r=0.47$; $p=0.05$). No se encontró ninguna correlación entre actividad inflamatoria o capacidad funcional y composición corporal en los pacientes con espondiloartritis periférica/artritis psoriásica. **Conclusiones:** nuestros resultados sugieren que un mayor contenido de masa grasa modula el estado clínico en espondilitis anquilosante/espondiloartritis axial, ya que se asoció a mayores niveles de

actividad inflamatoria y discapacidad física.

0068 Caracterización del perfil metabólico y riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes

Fernández C, Peralta A, Vera O, Cruz M

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) descrito por Shoenfeld y Agmon-Levin en 2011 puede ser desarrollado por materiales que en nuestro país se han utilizado con fines estéticos de manera ilegal, evolucionando a enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), lo que constituye un nuevo modelo de ASIA. Las ERA tienen alteraciones metabólicas y aterosclerosis acelerada conllevando mayor riesgo cardiovascular (RCV). Se piensa que las pacientes con ASIA pueden tener perfil metabólico alterado, aumento en síndrome metabólico (SM) y mayor riesgo cardiovascular, sin embargo no existen datos en la literatura por ser recientemente estudiada. **Objetivo:** conocer el perfil metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con ASIA. **Material y métodos:** diseño del estudio: Descriptivo, serie de casos. De marzo a mayo del 2015 se incluyeron 35

pacientes con ASIA y 35 controles (pareadas por edad, sexo y comorbilidades) del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades CMN La Raza. Registrándose factores de RCV, presión arterial, medidas antropométricas y estudios de laboratorio (glucosa, colesterol, HDL, triglicéridos, insulina y proteinuria). La resistencia a la insulina (RI) se calculó utilizando índice de HOMA. En base a la OMS y NCEP ATP III se definió SM y el RCV mediante Framingham y OMS/ISH. Se utilizó estadística básica descriptiva con el programa SPSS versión 20, prueba de Chi cuadrada de Pearson. **Resultados:** se encontró SM en 26% y 17% de las pacientes con ASIA por criterios de ATP III y OMS respectivamente, no hubo diferencia significativa entre ambos grupos en prevalencia de SM. El índice de masa corporal y el índice cintura talla fue mayor en el grupo control ($p < 0.05$), el RCV por Framingham fue de 4.77 ± 4.69 en pacientes con ASIA y de 3.87 ± 4.84 en los controles. **Conclusiones:** el SM y el RCV en pacientes con ASIA fue menor comparado con otras ERA, sin embargo no debe descartarse que incluso puede ser equiparable, pues se ha visto que el considerar factores de riesgo cardiovascular clásicos en ERA subestima dicho riesgo ya que existen procesos inflamatorios per se que contribuyen a aterosclerosis acelerada y con ello a

incremento del RCV, por lo que deberá continuarse en seguimiento del grupo de pacientes con ASIA y hacer énfasis en prevención primaria.

0097 Síndrome de vena cava superior como primera manifestación de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en un masculino

Matías M, López L

Hospital Juárez de México, SSA

Descripción del caso: hipertensión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico tratada con enalapril 10mg cada 24 horas. EPOC de 1 año de diagnóstico en tratamiento con budesonida e indacaterol 1 vez por día. Masculino de 45 años de edad, el cual ingresa por presentar desde hace 4 años red venosa colateral, gradual, progresiva en cara anterior de tórax y abdomen superior, así como edema facial y de cuello que se extendía hasta las extremidades superiores, rubicundez, disfonía y nistagmo horizontal bilateral; a la exploración física encontramos paciente endomórfico, íntegro, neurológicamente íntegro, a nivel facial y de cuello con rubicundez y edema, pupilas isocóricas y reactivas al estímulo luminoso, nistagmus horizontal, presencia de red venosa colateral a nivel torácico que se extiende distal y proximalmente hasta abdomen superior, edema de extremidades superiores, cardiopulmonar sin alteraciones, gastrointestinal

con normoperistalsis, fuerza muscular y sensibilidad conservadas; por lo cual se realizó una TAC de tórax misma que evidenció la presencia de ganglios paraesofágicos y subcarinales. Habiéndose descartado la presencia de una tumoración a nivel mediastinal se solicita una venografía, en la cual se observó trombosis bilateral de las subclavias y neovascularización a expensas de la misma, redes que desembocan a nivel de la vena cava; de acuerdo al protocolo diagnóstico se realiza ultrasonido endoscópico mismo que reporta varices esofágicas y peroesofágicas, sistema álgicos dilatado, TP 20.7, INR 1.96, % 44%, TTP no coagula, solicitamos además perfil de trombofilias reportando homocisteína 16-9 mmol/L, Anticuagulante Lúpico positivo, Ac-Anticardiolipina IgM 48.3, Ac-Anticardiolipina IgG 51.2; iniciando con anticoagulación a base de enoxaparina 40mg cada 12 horas y posteriormente con acenocumarina 8mg. Dx: Trombosis Bilateral de Venas Subclavias, Síndrome de Vena Cava Superior, Síndrome Antifosfolípidos. **Conclusión:** el síndrome antifosfolípido es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos y manifestaciones clínicas trombóticas, mayor prevalencia en mujeres por lo cual es una etiología difícil de pensar como desencadenante de síndrome de vena cava superior en

un masculino sin antecedentes trombóticos previos.

0112 Neumonitis por metotrexato: presentación de un caso atípico por el tiempo de exposición

Cortés M,¹ Cortés B,² Martínez D¹

¹ Hospital General Regional 1, Cuernavaca Morelos, IMSS

² Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Introducción: uno de los efectos tóxicos más conocidos sobre el pulmón del MTX es la neumonitis, es una complicación aguda y grave que requiere la suspensión del medicamento. Se han reportado en la bibliografía anglosajona alrededor de 200 casos en pacientes con AR. La neumonitis aguda puede presentarse en cualquier momento del tratamiento pero es más frecuente durante el primer año. **Descripción del caso:** femenino, 59 años, AR 27 años de evolución con dosis variables de MTX, 20 mg/semana desde 10/2013. El 17/05/2015 presenta súbitamente disnea de medianos esfuerzos, tos sin expectoración y dolor precordial. A su ingreso 19/05/2015 afebril, FR:28x, FC:65 lpm, gasometría: Ph 7.44; PO₂:56 mmHg; PCO₂: 30 mmHg; satO₂:90%, Rx: patrón mixto intersticial alveolar. TAC: presencia de patrón bilateral extenso en vidrio despulido y ECO: FEV1 60% (Figura). Se inició tratamiento



con O₂ suplementario, isosorbide, digoxina, ceftriaxona, broncodilatadores y 8mg de dexametasona. La evolución fue satisfactoria clínica y radiológicamente.

0124 Panarteritis nodosa. Reporte de un caso

Alvarez F, Pérez D, Prado C, López D

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, SSA

Introducción: la vasculitis necrozante, afecta vasos de pequeño-mediano calibre de cualquier órgano. **Descripción del caso:** mujer de 55 años, historia de eventos isquémicos que requirieron amputaciones en ambos miembros pélvicos. Inició con dolor en pierna der, asociado a edema, parestesias y úlceras necróticas. Clínicamente sin hipertensión, pierna edematizada, con úlceras necróticas y disminución de pulsos arteriales. Paraclínicos: Hb 13.7, Cr 0.6; Anticardiolipinas IgM e IgG, ANAS, Anti-DNA, Anti-Sm, C-ANCA, P-ANCA y VSG negativos. Angiografía compatible. Biopsia: Vasculitis necrozante

en dermis superficial y media. (Figura 1) **Discusión:** enfermedad rara con criterios de clasificación poco sensibles. Requiere alta sospecha, confirmación imagenológica y bioquímica, y biopsia compatible. El tratamiento es con esteroide, con sobrevida de 60-90% a los 5 años cuando es oportuno. **Conclusión:** para influir en el pronóstico se requiere alta sospecha para tratamiento oportuno y prevención de complicaciones.



0126 Mastoiditis crónica bilateral como manifestación inicial de granulomatosis con poliangeítis. Reporte de caso

Robles Y, Flores B, Hernández M, Navarrete H

Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, SSA

Introducción: la granulomatosis con poliangeítis (GPA), antes enfermedad de Wegener, es una enfermedad autoinmune multisistémica rara de etiología desconocida. Afecta vasos de pequeño y mediano calibre del tracto respiratorio superior e inferior y riñones, incluyendo inflamación granulomatosa

necrotizante. En 20-60% de los casos las manifestaciones otológicas son las primeras en aparecer. La otitis media serosa es la más frecuente y muy raramente la otomastoiditis es la primer manifestación.

Descripción el caso: hombre de 50 años, con antecedente de rinitis alérgica desde los 22. Evolución de 2 meses con otitis media supurada, parálisis facial izquierda, hipoacusia, hiporexia, pérdida de 10 Kg, fiebre y púrpura, le fue prescrito cefalosporina de tercera generación y esteroide sistémico. Al no haber mejoría fue hospitalizado en Medicina Interna, destacando en la exploración física perforación de la membrana timpánica izquierda; púrpura palpable simétrica con distribución en calcetín. Se documentó anemia de 10.2 g/dL, leucocitos 13600, neutrófilos 11820, plaquetas 423 000, creatinina sérica 0.8 mg/dL, hematuria microscópica, eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas, factor reumatoide positivo, prueba de VIH no reactiva, hemocultivos sin crecimiento. La tomografía presenta ocupación bilateral de celdas mastoideas e infiltrado reticulonodular fino segmentario del lóbulo medio y basal en pulmón derecho. Pese a tratamiento con ? lactámicos, tetraciclinas, macrólido y rifampicina persiste con fiebre, por lo que se extiende estudio y se reporta anticuerpos antiproteína 3 (PR3 ANCA) positivos,

C3 elevado, C4 normal, se realiza biopsia de piel reportándose vasculitis leucocitoclástica, concluyendo GPA. Se ajusta tratamiento con pulso de 3 g de metilprednisolona, doxiciclina, claritromicina y rifampicina, posterior a lo cual se mantiene afebril, desaparece la púrpura y es egresado.

Discusión: el paciente ingresó con cuadro de mastoiditis crónica bilateral como manifestación clínica principal, la cual es una presentación rara de la GPA, presentó infiltrado micronodular en pulmón derecho, así como hematuria, la biopsia de piel reveló vasculitis leucocitoclástica y los títulos de PR3 ANCA fueron positivos (99% específicos) concluyéndose el diagnóstico de GPA, por lo que ésta debe ser considerada ante casos de mastoiditis crónica refractaria al tratamiento.

0140 Riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide

Batún J, Olán F, Hernández E
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

Introducción: los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen el doble de riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares con respecto a la población en general. Este riesgo no se explica únicamente por los factores no tradicionales, ya que estos pacientes presenta

factores asociados a la propia enfermedad los cuales producen una inflamación crónica y contribuyen al daño endotelial. **Objetivo:** determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) tradicionales y no tradicionales en una población de pacientes con AR. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 126 pacientes con el diagnóstico de AR según los criterios ACR/EULAR 2010. Se revisaron los expedientes clínicos, excluyendo aquellos pacientes con el diagnóstico de una enfermedad cardiovascular previa. Se registraron como variables los factores de riesgo cardiovascular tradicionales (diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS), hipotiroidismo, tabaquismo, obesidad, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos), así como factores asociados a la AR (duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad mediante DAS-28 PCR, niveles de PCR, uso de glucocorticoides, factor reumatoide positivo, y anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (Ac APCC) positivos. **Resultados:** el 68% presento hipertrigliceridemia, el 60.3% elevación de LDL, el 50% hipercolesterolemia, el 44.3% hipoalfalipoproteinemia, el 58.7% presentaron obesidad, el 35.7% presentaron DM, el 16.6% HAS, el 7.1% fumaban y el 3.1% tenían hipotiroidismo.

Con respecto a los factores de riesgo no tradicionales el 68.2% tenían factor reumatoide positivo, el 54.7% tomaban glucocorticoides, el 25.4% tuvieron una PCR >2 mg/dL, el 20.6% tenían más de 10 años de duración de la enfermedad, el 7.9% tenían Ac APCC positivos y el 1.6% presentaron un índice de actividad severo. Se calculó el RCV a 10 años por medio de la escala de Framingham; el 74.6% presentó riesgo leve, el 24.6% moderado y 0.8% grave. Los pacientes con riesgo leve y moderado presentaron una media de 1.79 y 1.71 de factores de riesgo no tradicionales respectivamente. **Conclusiones:** nuestros pacientes con AR presentaron aproximadamente dos factores de RCV no tradicionales en promedio, lo cual hace que determinantes de riesgo como la escala de Framingham no sean útiles.

0155 Fungemia, neumonía y meningitis por *Cryptococcus neoformans* en una mujer con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que requirió hospitalización por fiebre: reporte de caso

Sepúlveda J,¹ Mena B,¹ Morales A,¹ Lopez H,¹ Tevera M,¹ Mendoza A,² Ramirez J,¹ Ocaña M,¹ Rivas D¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

² Hospital Juárez de México, SSA

Introducción: las infecciones en LES incrementan la mor-

talidad. **Obj:** Se reporta un caso de LES e infección por *C. neoformans*. **Descripción del caso:** mujer de 19 años, con LES tratada con micofenolato (MFM) y esteroide. Ingresó por fiebre de 20d y crisis convulsivas. La punción lumbar (PL) y RM al ingreso no mostraron infección alguna. Se trató inicialmente como neuroLES, pero persistió la fiebre. Se aisló en sangre *C. neoformans* y una segunda PL mostró presencia del antígeno capsular del hongo en LCR. La TAC mostró neumonía apical. Se inició Anfotericina B (AnfoB) por 21 días con lo que cedió la fiebre. En la estancia se reactivó con síndrome de Evans y vasculitis cutánea que fue tratada con MTP y transfusiones. Se reinició MFM al completar curso de AnfoB. Actualmente recibe con fluconazol oral ambulatorio (Figura). **Conclusión:** en pacientes con LES y fiebre se requiere un protocolo exhaustivo para descartar infecciones. El tratamiento de las reactivaciones en presencia de infecciones es complejo y requiere cuidado.



0166 Fibrosis miocárdica en la esclerosis sistémica: una causa atípica de insuficiencia cardíaca

Palma R, Soto R, Rodríguez F, Díaz E

Hospital Ángeles Pedregal

Introducción: las complicaciones cardíacas de la esclerosis sistémica se presentan en 15-35% de los casos, condicionando un peor pronóstico. Se presentan comúnmente en pacientes con la variedad difusa y con Anticuerpos anti Topoisomerasa I positivos. Característicamente en las etapas subclínicas es posible detectar mediante Resonancia magnética miocárdica o mediante ecocardiografía alteraciones en la movilidad de las paredes miocárdicas sin encontrarse disminución en la fracción de eyección sino hasta etapas más avanzadas. Se recomienda el seguimiento anual con BNP en pacientes con esclerosis sistémica. **Descripción del caso:** femenino de 34 años, portadora de esclerosis sistémica de 1 año de diagnóstico la cual se presenta por cuadro

de 2 meses de evolución con disnea progresiva, disminución de la clase funcional y aumento de perímetro abdominal con edema en ambos miembros pélvicos. Tras su abordaje se documentó acinesia cardíaca global y fibrosis miocárdica con FEVI 32% mediante cine RMN y ecocardiografía.

0181 Asociación de duración de la enfermedad y la neuropatía periférica en pacientes con síndrome antifosfolípido primario

Medina G, Jiménez C, Millán J, Cruz M, Saavedra M, Jara L
Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: el síndrome antifosfolípido (SAF) es una entidad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, incluyendo la participación del sistema nervioso periférico. Existen pocos estudios clínicos que evalúan esta manifestación. **Objetivo:** establecer la prevalencia de la neuropatía periférica en SAF primario y su asociación con la evolución de la enfermedad. **Pacientes y métodos:** estudio transversal que incluyó a pacientes con SAF primario, mayores de 18 años de edad, de ambos sexos, de acuerdo con criterios Internacionales definitivos para SAF. No se incluyeron pacientes con úlceras en las extremidades que interferían con la conducción del estudio. Se excluyó a los

pacientes con comorbilidades descontroladas. Se revisó su historia clínica y se efectuó examen neurológico completo y los estudios de neuroconducción (NCS), sensitiva y motora en 4 extremidades, con evaluación de los nervios mediano, cubital, sural y tibial. Análisis estadístico: Estadística descriptiva y la prueba de chi cuadrada.

Resultados: se realizó NCS en 59 pacientes con SAF primario, 50 mujeres y 9 hombres, edad: $46,4 \pm 13,4$ años, evolución de $13,7 \pm 8,9$ años. 67,8% de los pacientes ya había tenido un episodio trombotico venoso en las extremidades, siendo esta, la manifestación clínica más frecuente. Las manifestaciones clínicas neurológicas más frecuentes fueron la migraña en el 30,5% y el accidente cerebrovascular isquémico en el 25,4%. Entre los hallazgos de la exploración física neurológica se encontraron a 62,6% de los pacientes con alteraciones sensitivas manifestándose entre las más comunes hipoestesias (32,4%), parestesias (32,4%) y disestesias (35,1%). La prevalencia de la neuropatía periférica fue 40,7% y la más frecuente fue la mononeuropatía sensorial, seguido de mononeuropatía múltiple de tipo sensorial con un patrón mixto (desmielinizante axonal). En el 6,7% de los pacientes encontramos una neuropatía periférica subclínica. El nervio en que se registró mayor número de alteraciones fue el

nervio sural en un 35,6%. No se encontró una asociación de la neuropatía periférica con un isotipo de anticuerpos antifosfolípidos. Se encontró asociación entre la presencia de la neuropatía periférica y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (>10 años) ($p=0,001$).

Conclusiones: existe una alta prevalencia de la neuropatía periférica en pacientes con SAF primario, predominando la mononeuropatía sensorial, con asociación de la neuropatía periférica y mayor tiempo de evolución de la enfermedad. El estudio NCS se recomienda como una parte integral de la evaluación de estos paciente.

0193 Impacto de la osteoartritis de mano en puntuaciones de actividad de la enfermedad y el estado de salud en pacientes con artritis reumatoide

Enriquez O, Salinas M, Arce C
Hospital Central Sur, PEMEX

Introducción: la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad caracterizada por dolor articular y limitación funcional. La osteoartritis (OA), una enfermedad articular no inflamatoria crónica, puede coexistir con la AR, pero cómo afecta es desconocido. **Objetivo:** cuantificar el impacto de la OA de mano en el dolor, la actividad y el estado de salud de la AR. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo y transversal que compara dos grupos de pacientes con AR; una con



OA de la mano y otra sin. **Resultados:** se calculó un total de 41 pacientes por grupo para una diferencia de 20 mm en la EVA. El tratamiento, actividad de la enfermedad, HAQ-DI y calidad de vida fueron evaluados. Los pacientes con OA reportaron más intensidad de dolor, peor evaluación global, mayor actividad (DAS 28, SDAI y CDAI), mayor discapacidad, pero calidad de vida similar. Los pacientes sin OA era más probable lograr la remisión [OR 4,09 (IC 95%: 1,2 a 13,4)]. **Conclusión:** la OA de la mano ejerce un gran impacto sobre los pacientes con AR.

0196 Enfermedad de Weber-Christian como causa infrecuente de pancitopenia y fiebre de origen desconocido

Juárez A, Briceño F, Hernández J, Quintal M

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: la pancitopenia asociada a fiebre presenta múltiples causas infecciosas, inflamatorias no infecciosas, neoplásicas y misceláneas; La Paniculitis Lobulillar Idiopática constituye una causa rara y de exclusión en el adulto joven. **Descripción del caso:** femenino de 23 años con antecedente de eritema nodoso de 8 años de evolución, caracterizado por lesiones nodulares eritematosas y dolorosas en extremidades inferiores, con

resolución espontánea sin dejar cicatriz, periodos de recurrencia anualmente y mejoría con administración de esteroide, Noviembre 2014 aparición súbita de lesiones en extremidades superiores y en región palpebral bilateral de misma características, además de fiebre vespertina y diaforesis, toma de biopsia reporte de paniculitis lobulillar con vasculitis leucocitoclástica y granulomas epiteloides, Laboratorios Hb. 8.3, Leucocitos. 2400, Linfocitos 450, Plaquetas. 68 mil. VSG 63, AST 158, ALT 116, FA 120, DHL 1011, se realizan estudios de extensión Urocultivos, Mielocultivos y Hemocultivos para bacterias y micobacterias negativos, TORCH con memoria inmunológica. Serología para hepatitis y VIH no reactiva, Tomografía de abdomen con hígado ligeramente aumentado de tamaño, hiperdensidad en tejido grado subcutáneo diseminada. Biopsia de piel Abril 2015 con Paniculitis Lobulillar sin vasculitis, con área de esteatonecrosis asociada, tinción para micobacterias negativas, Se solicitó inmunohistoquímica y se descartó linfoma. **Discusión y Conclusiones:** la Enfermedad de Weber Christian, es caracterizada por un proceso inflamatorio sistémico del tejido adiposo de etiología desconocida, caracterizado por instauración aguda y simultánea de nódulos subcutáneos dolorosos, en grasa intrabdominal o retroperitoneal entre 4ª a 7ª década de la vida,

rara en adulto joven, hasta 75% presentación en mujeres, lesiones en tronco, zonas proximales de extremidades; asociado a pérdida de peso, mialgias, artralgias y hepatoesplenomegalia. El compromiso de la grasa en médula ósea produce anemia, leucopenia y trombocitopenia como fue el caso de nuestra paciente. En los estudios histológicos existe afección lobulillar que respeta los tabiques y necrosis focal adiposa. El tratamiento se basa en antiinflamatorios no esteroideos y corticoides.

0259 Actividad lúpica de difícil control; a propósito de un caso

Tobar M, García R, Pliego L, Peña M, Santiago R

ISSSTE, Hospital Regional Adolfo López Mateos

Lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad sistémica, autoinmune, crónica, puede afectar a cualquier órgano, con presencia de brotes con afectación de múltiples órganos y sistemas, cuyo manejo es dinámico y presenta diferentes tipos de respuesta incluido la refractaria con alto índice de actividad. **Presentación de caso:** Femenina 20 años diagnóstico de LES 2008. Actividad leve 4 años; recaída nivel renal 2012, manejo con micofenolato de mofetilo (MM), remisión parcial, nueva recaída 2014; Biopsia nefropatía lúpica estadio IV, Índice actividad 18/24, Índice de cronicidad

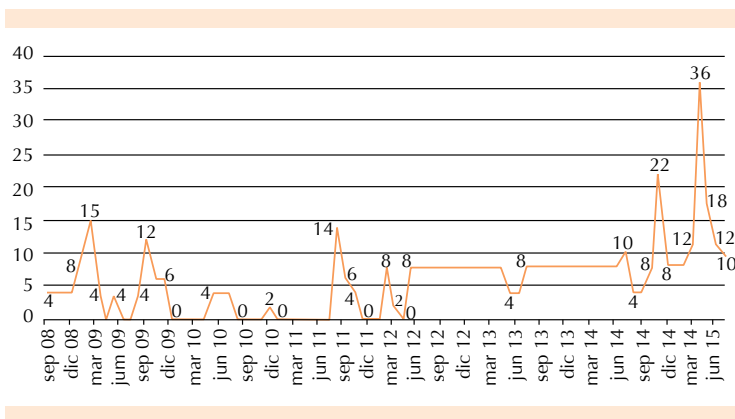


Figura 1. Índice de actividad en LES.

9/12. Esquema de inducción y anti CD20, 2015 neumonitis lúpica en manejo con gammaglobulina, adecuada respuesta, persiste con proteinuria y sedimento activo. **Discusión:** No existe definición universal de LES refractario. Nefropatía lúpica refractaria se define: aquella que no responde a dosis altas de corticoides y al menos un inmunosupresor, además se utilizó rituximab e inmunoglobulina. Actualmente índice 10 puntos.

0268 Síndrome febril y miopatía

Martínez G,¹ Maya L,² Burgos R,³ Casasola J³

1Otra, Centro Médico ISSE-MYM Toluca, 2IMSS, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, 3SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Masculino de 59 años, antecedente personal de tabaquismo con IT de 32. Presentó fatiga, mialgias, artralgias, fiebre no

cuantificada, disminución de la fuerza de cuello 3/5, mialgias en región proximal de extremidades torácicas llegando a clase funcional IV, así como artritis de ambos carpos, lesiones dérmicas eritematosas principalmente en frente, región supra orbitaria bilateral, mejillas, región retroauricular y codos. Analítica: leucocitos 12,500, neutrófilos 4600, linfocitos 1700, Hb 13g/dl, Plaquetas 213mil, elevación de DHL, AST y ALT, CK 392, marcadores tumorales negativos. Biopsia muscular normal, anticuerpos miositis



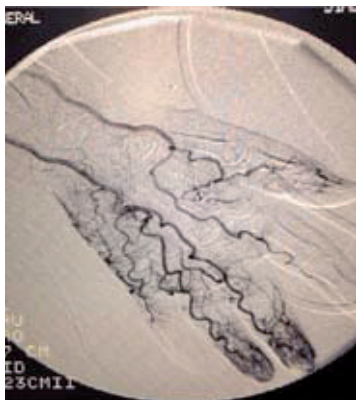
específicos y anticuerpos miositis asociados en rango normal, ANA 1:160 patrón moteado, hipocomplementemia. En tratamiento con metilprednisolona 3gr presentando mejoría de fuerza muscular y eritema facial. Cumple criterios para LES por afección articular, mucocutáneo, miositis, proteinuria, inmunológicos por ANA e hipocomplementemia.

0271 Vasculitis primaria no ANCA

Maya L,¹ Martínez G,² Casasola J,³ González M⁴

1IMSS, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, 2Otra, Centro Médico ISSE-MYM Toluca, 3SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 4IMSS, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Femenino de 59 años, antecedente de amputación supracondílea de miembro pélvico izquierdo, con presencia de livedo reticularis, púrpura palpable, úlceras y lesiones necróticas localizadas en miembros pélvicos, pulsos femoral y poplíteo disminuidos y alteraciones sensitivas en extremidades inferiores, analítica: neutrofilia 12600, linfocitos de 1400, plaquetas 480mil, creatinina 1.6mg/dl, TFG 58 ml/min, proteinuria, VSG 44, panel viral VHB y VHC negativos, anti DNA, anti SM, anti SCL -70 y ANCAS negativos. Histología de piel con vasculitis necrosante



en dermis superficial y media con infiltrado inflamatorio perivascular de neutrófilos y necrosis fibrinoide. Arteriografía con microaneurismas en plexo mesentérico, riñones y zonas distales de extremidades pélvicas y torácicas. VCN nerviosa reportando neuropatía sensitiva. Cumple criterios de Chapel Hill 1992 para PAN; por livedo reticularis, neuropatía, afección renal, alteraciones arteriográficas y biopsia.

0275 Neumatosis intestinal secundaria asociada con esclerosis sistémica

Oliva E, Barrios J, Acevedo C, Santoyo D, Vera O
IMSS, Centro Médico Nacional La Raza

Antecedente: La neumatosis intestinal (NI), gas en mucosa /submucosa intestinal, se presenta en el 0.3% de los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) atribuible a sobrecrecimiento bacteriano,

obstrucción intestinal y uso de esteroides. **Objetivo.** Describir la presentación de neumatosis intestinal asociada a SSc.

Informe de caso. Mujer de 50 años con SSc limitada (afección pulmonar y gastrointestinal) de 5 años de diagnóstico tratada con prednisona. Cuadro de un mes de evolución con distensión abdominal y plenitud postprandial, sin dolor abdominal, náuseas o vómito. La TC de abdomen mostró NI, sin datos de sufrimiento intestinal. Se trató con reposo intestinal, metronidazol. Se reinicia dieta elemental con bajo aporte calórico, incrementándose de forma gradual hasta tolerancia sin distensión abdominal. **Comentario.** La incidencia de NI es baja, y se debe sospechar en pacientes con distensión abdominal persistente, el tratamiento suele ser médico y conservador.



0277 Hemorragia alveolar en pacientes con lupus eritematoso sistémico; una complicación rara y frecuentemente letal. Reporte de un caso

Domínguez S, Rojas F, Cortez E, Villalobos F, Cajina D

SSA, Hospital de Especialidades de la Ciudad De Mexico Dr. Belisario Domínguez

La hemorragia alveolar (HA) es una complicación pulmonar poco frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES) que acontece en menos de un 2% de los pacientes con LES. Predomina en mujeres durante la tercera década de la vida y puede ser la primera manifestación del LES en un 11% de los casos. La mortalidad varía entre un 50 y un 92%. Femenino de 21 años de edad que cuenta con el antecedente de LES diagnosticada a los 20 años de edad sin tratamiento. Quien acude a nuestro nosocomio por presentar cuadro caracterizado por disnea de medianos esfuerzos que progresa a pequeños esfuerzos, acompañado de tos de tipo productiva, con hemoptisis, astenia, adinamia de 2 días de evolución, a la exploración física: palidez importante de mucosas y tegumentos, campos pulmonares con estertores bilaterales diseminados, hipoxemia 70%, en placa de tórax se observan infiltrados alveolares difusas bilaterales, debido a lo anterior se decide manejo avanzado de la vía aérea. Posteriormente se toma tomografía de tórax reportando múltiples zonas en parche difusas, laboratorios con disminución de 3 g/dl de hemoglobina, leucopenia, Anti-Sm positivos, ANA positivos e hipocomplementemia, EGO con sedimento activo y

química sanguínea con elevación de azoados. Se realiza lavado broncoalveolar reportando macrófagos cargados de hemosiderina. Así que se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona 3 g en 3 día y antibiótico, tratamiento sustitutivo de la función renal. La paciente evoluciona a la mejoría por lo que se logra retirar apoyo de ventilación mecánica y posterior a su estabilización hemodinámica alta de la unidad. La importancia clínica de este caso es porque la HA es una complicación poco frecuente del LES pero se asocia a una elevada morbimortalidad. Las series publicadas en la literatura incluyen un pequeño número de pacientes. La mayoría de los enfermos con HA secundaria a LES tienen este diagnóstico antes de que se presente el primer evento de hemorragia; sin embargo, ésta puede ser la manifestación inicial del padecimiento en el 12 -20% de los casos. La disminución en la hemoglobina ocurre en el 75 al 100% de los pacientes. Además de que como en nuestro caso se ha descrito que la nefropatía lúpica se asocia a la HA en un 75 a 93%.

0282 Síndrome de sweet idiopático asociado con respuesta inflamatoria sistémica

Basante R, Peña M, Santiago R, Sánchez C, Fuentes G
ISSSTE, Hospital Regional licenciado Adolfo López Mateos

El síndrome de Sweet es el prototipo de las dermatosis neutrofílicas, aunque el compromiso extra cutáneo está bien documentado, hay pocos asociados a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Encontrándose 5 casos en la literatura anglosajona hasta el año 2013.

Presentación del caso: Mujer de 61 años que ingresa con cuadro de hipotensión arterial refractaria y lesiones dérmicas diseminadas en extremidades inferiores y superiores, conformadas por nudosidades eritematovioláceas. Hemograma con leucocitosis de 41 mil. En un inicio catalogado como choque séptico, iniciándose manejo con antibiótico de amplio espectro y apoyo aminérgico sin respuesta clínica. Se realiza biopsia de lesiones reportando infiltrado inflamatorio moderado en dermis superficial de tipo neutrofílico, catalogado como síndrome de Sweet. Se inicia manejo con corticoides sistémicos con adecuada respuesta, pudiéndose retirar el apoyo aminérgico, y antibiótico, con franca mejoría clínica.

0294 Dermatomiositis como forma de presentación en paciente con tuberculosis ganglionar. Reporte de caso

Alonso C, Hernandez L
SSA, Hospital Juárez de México.

Paciente masculino de 27 años de edad con antecedente reclusión en centro federal de readaptación social, pa-

decimiento de dos años de evolución, inicio posterior a cuadro de hepatitis A disminución de fuerza muscular generalizada, con afección de músculos proximales de extremidades superiores e inferiores, músculos de cuello y región facial, mialgias generalizadas, postrad, pérdida de peso de 10 kilogramos en un mes, dermatosis localizada en región malar, monomorfa, caracterizada por máculas en región malar bilateral y frontal, fiebre vespertina, disnea, tos con expectoración purulenta, seis meses posteriores se agrega disfagia a sólidos, de tumefacción de tejidos blandos en región costal derecha y conglomerado ganglionar palpable en región inguinal izquierda. Ingreso a hospitalización, encontrando al examen neurológico funciones corticales conservadas, sin compromiso de pares craneales y sensibilidad, fuerza muscular: cervical 2/5, extremidades superiores e inferiores a nivel proximal 1/5, distal 2/5, reflejos osteotendinosos normales, Cráneo con adecuada implantación de cabello, sin lesiones en piel cabelluda ni alopecia, lesiones hipercrómicas en región malar color ocre, cavidad oral sin ulceraciones, cuello cilíndrico con ganglio en región supraclavicular derecha, doloroso, hemitorax derecho con disminución de ruidos respiratorios en región subescapular, vibraciones vocales aumentadas, transmisión de

la voz aumentada en misma zona, con matidez a la percusión integrando síndrome de condensación basal derecho, hemitorax contralateral sin alteraciones. Exploración cardíaca sin alteraciones, extremidades con limitación de arcos de motricidad, por dolor generalizado, artralgias generalizadas, flogosis en codo y metacarpofalangicas, pérdida de pliegues digitales, conglomerado ganglionar palpable en región inguinal izquierda. ELISA para VIH, VHC y Ags HB sin reactividad, electromiografía: proceso miopático inflamatorio que involucra músculos proximales y distales de extremidades, respuesta hiperérgica al PPD, ganglio linfático: linfadenitis crónica granulomatosa con necrosis multifocal, concordante con etiología tuberculosa, reporte de biopsia muscular : miopatía inflamatoria. Se inicia tratamiento con medicamentos antifímicos con buena evolución del paciente, alta a domicilio por mejoría.

0301 Recurrencia de trombosis posnegativización de anticuerpos antifosfolípidos en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario

Medina G,¹ Briones E² Cruz M,¹ Jara L¹

1IMSS, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, 2Otra, Universidad de Guadalajara.

Introducción El tratamiento de los pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario (SAAF) se basa en la anticoagulación a largo plazo. En un subgrupo de pacientes los anticuerpos antifosfolípidos (AFL) se negativizan a través del tiempo y se ha propuesto suspender el tratamiento después de 3 determinaciones negativas en un año. Se desconoce la evolución clínica posterior a la negativización de APL. **Objetivo:** Evaluar las manifestaciones clínicas posteriores a la negativización de APL en pacientes con SAAF. **Pacientes y métodos:** De una cohorte de 70 pacientes con diagnóstico establecido de SAAF con positividad inicial para APL, se efectuó la búsqueda de pacientes con al menos dos determinaciones negativas subsecuentes en los últimos 5 años. Para corroborar el perfil inmunológico actual se determinaron anticuerpos anticardiolipina (aCL) IgG e IgM, anticuerpos anti-β2GPI IgG e IgM, anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos antianexina 5. Los pacientes continuaron tratamiento con anticoagulantes orales. Se efectuó revisión del expediente clínico para obtener los datos clínicos y determinaciones de APL iniciales y posteriores a la negativización de APL. Se empleó estadística descriptiva y análisis de Kaplan Meier. **Resultados:** Se detectaron 24 pacientes con APL persistentemente negativo, incluido el último panel de AFP (6

determinaciones por paciente), 17 (70,8%) mujeres, 7 (29,2%) hombres, edad 51.79 +/- 10,9 años, evolución 16,33 +/- 6,2 años, media de 4 determinaciones previas positivas de APL (rango 2-9) Los aCL fueron los más frecuentemente encontrados (87,5%) positivos al inicio del padecimiento. 8 (33,3%) de los pacientes debutaron con un evento de trombosis venosa profunda de miembro pélvico (TVP), 7 (29,2%) con Evento Vascular Cerebral (EVC) y 3 (12,5%) con tromboembolia pulmonar (TEP). Rango de eventos trombóticos: 1 a 19. Los pacientes continuaron recibiendo tratamiento a base de anticoagulantes orales con INR promedio entre 2 y 3. Los factores de riesgo cardiovascular concomitantes más frecuentemente encontrados fueron la dislipidemia en 29% de pacientes, sobrepeso en 20.8% y obesidad en el 16.7% de pacientes. Después de 60 meses de seguimiento postnegativización del AFP, el 40% de los pacientes cursaron con recurrencia de trombosis a pesar de tratamiento anticoagulante óptimo. La manifestación clínica postnegativización más frecuente fue la TVP (29,2%), úlceras crónicas en miembros pélvicos (18,7%) y EVC (4,2%). **Conclusión:** Este estudio sugiere que la negativización persistente de los AFL no es indicación para suspender el tratamiento anticoagulante. La existencia de otros factores de riesgo adi-

cionales o de otros AFL en estos pacientes pueden contribuir a la recurrencia de trombosis.

0329 Síndrome antisintetasa como fenómeno paraneoplásico en cáncer pulmonar epidermoide. Reporte de un caso con anticuerpos anti-PL12 positivos

Montes A

SSA, Hospital General Zona, Norte de Puebla.

Antecedentes: El Síndrome Antisintetasa (SA) es una causa de miopatía inflamatoria autoinmune en algunos pacientes con polimiositis/dermatomiositis. Asociado con anticuerpos séricos contra la enzima citoplásmica aminoacilil-ARNt sintetasa cuya presencia confirma el diagnóstico: anti-histidina (anti-Jo1, mas común y mejor pronóstico), antitreonina (anti-PL7), anti-alanina (anti-PL12), anti-isoleucina (anti-OJ), anti-glicina (anti-EJ), anti-asparagina (anti-KS), anti-fenilalanina (anti-Zo) y anti-tirosina-tRNA (anti-YRS) sintetasa. Se caracteriza por fiebre, miositis, enfermedad pulmonar intersticial, manos de mecánico, fenómeno de Raynaud y poliartritis. Una u otra manifestación puede predominar o ser única. El tipo y severidad de la enfermedad intersticial pulmonar determina el pronóstico. Se desconoce la prevalencia ya que es subdiagnosticado. Los anticuerpos se detectan en 20 a 40% de los casos. Es 2 a 3 veces más común

en mujeres. La Neumopatía Intersticial en el SA se presenta en 67 al 100%, dependiendo del tipo de anticuerpo y el método diagnóstico. El patrón típico de lesión pulmonar es de Neumonía Intersticial No Específica, con buena respuesta a inmunosupresores. Recientemente se ha asociado SA con malignidad, el debate sobre si la asociación es casual o causal no se ha resuelto. **Objetivo del estudio:** Relacionar el SA como fenómeno paraneoplásico. **Informe de caso:** Masculino de 62 años, con Índice Tabáquico de 24 paquetes/año, activo. Disnea asociada al ejercicio, debilidad muscular proximal, dispepsia, poliartritis, acropaquias, tos no productiva y fiebre progresivos. Sus hallazgos bioquímicos: Creatín fosfoquinasa 1856 U/L, anticuerpos anti-PL12 ++, Espirometría: datos sugerentes de restricción, Capacidad de Difusión de Monóxido de Carbono: 52%, Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax contrastada: tumor en lóbulo medio de 4.5 cm de diámetro, TAC de Alta resolución: datos de enfisema pulmonar en lóbulos superiores y patrón usual en bases. Biopsia reportó Cáncer Pulmonar Epidermoide. Se difiere tratamiento inmunosupresor. **Conclusion:** Se diagnosticó SA anti-PL12 positivo, que representa menos del 5% de los casos de SA. Por TAC un Síndrome Combinado. Éste último y el Cáncer pulmonar se pueden justificar por el

antecedente de tabaquismo, sin embargo el SA no se justifica por este antecedente, a menos que se presente como un fenómeno paraneoplásico.

0334 Reporte de caso de paciente femenina de 40 años con diagnóstico de anemia hemolítica (anticuerpos antinucleares positivos) que evoluciona en tres meses a neurolupus

Chávez C, Compeán J, Ortega R, Salazar C, Porras C

IMSS, Hospital General de Zona Médico Familiar 2, Irapuato.

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad que afecta en México mas a mujeres que hombres (9 :1) con cuadro de presentación entre la segunda a cuarta década de vida, las principales manifestaciones con que se presenta es con alteraciones cutáneas y hematológicas; para diagnóstico de LES se deben de cumplir 4 criterios de 11 presentados en la clasificación del colegio americano de reumatología. Las manifestaciones neurológicas (neurolupus) también se presentan en pacientes con LES integrando 19 síndromes neuropsiquiátricos. Se reporta caso de paciente femenina con antecedente de importancia DM 2 en control con biguanidas e insulina; con 3 años de evolución de anemia megaloblastica y antecedente de transfusiones de paquetes globulares sin mejoría. Se presenta en abril 2015 con cuadro de

ictericia generalizado, exámenes de laboratorio reportando anemia hemolítica con Hemoglobina 3.5 y Bilirrubina indirecta de 2.3 y dehidrogenasa lática 1123, general de orina con eritrocituria, coombs directo positivo en abril 2015. Por alta sospecha clínica se realizan perfil inmunológico en el que se encuentra C3 < 6.6, VDRL positivo, IGG 1990, Antirubeola positivo 132 AntiCMV 184, Antitoxoplasma positivo 21, antiDNA negativo, ANA positivos 1:160 patrón citoplasmático granular. Por criterios de diagnóstico de LES paciente solo con exámenes de laboratorio y clínica de anemia hemolítica sin poder integrar diagnóstico de LES, se inicia tratamiento con corticoesteroides y azatioprina con elevación de hemoglobina a 13.5 Evoluciona en 3 meses posteriores con eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales, y pleuritis; además acompañada de descontrol metabólico. Posterior paciente presenta crisis convulsivas tipo tónico-clónicas con TAC normal sin evidencia de alteraciones estructurales y Electroencefalograma con evidencia de zonas epileptógenas integrando diagnóstico de Neurolupus. Se trata de un caso de presentación atípica de manifestaciones propias de LES, de inicio sin poder integrar diagnóstico por falta de criterios y posterior evoluciona en 3 meses a neurolupus, por lo que las alteraciones hemolíticas pueden presentarse como una

forma atípica de LES siendo la manifestación debutante de LES antes de los síntomas cutáneos, renales, articulares o de serositis; pudiendo ser síntoma predictivo de desarrollo de LES antes de integrar el diagnóstico.

0338 Prevalencia de síndrome de Sjögren y síndrome Sicca asociados a pacientes mexicanos con esclerosis sistémica

Mecinas Peláez J,¹ Treviño F,² Peña M,³ Gómez G,⁴ Cruz M,⁵ Vera O⁵
¹Otra, ²Otra, ³IMSS, CMN La Raza, ⁴IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico La Raza, ⁵IMSS, CMN La Raza, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret.

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) y el síndrome de Sjögren (SS) son enfermedades autoinmunes, las cuales pueden coexistir con síndrome sicca debido al acúmulo de colágeno o bien a inflamación crónica de las glándulas exocrinas (salivales y endocrinas) y un aumento de la morbilidad de estos pacientes. La prevalencia de SS asociado a SSc va desde el 4 al 60%. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de SS y síndrome sicca en pacientes mexicanos con SSc. **Pacientes y Métodos:** Estudio transversal. Se estudiaron a 77 pacientes con SSc de un hospital de tercer nivel. Se investigó la presencia de síndrome sicca y SS de acuerdo a los criterios del American European Consensus Group (AECG). A to-

dos los pacientes se les realizó biopsia de glándulas salivales menores y se clasificaron los resultados de fibrosis e inflamación de acuerdo a clasificación de Tarpley con un puntaje ? 1. Se cuantificaron anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB en 34 pacientes con resultados histológicos positivos para SS. También se les realizó la prueba de Schirmer I para valorar las manifestaciones oculares. **Resultados:** Fueron 77 pacientes (5 hombres y 72 mujeres, edad media 52.7 (rango: 23 a 85 años), con edad promedio del diagnóstico de SSc de 10±6.5 años. En 54 (71%) pacientes se presentó síndrome sicca, de estos 34 (44%) atribuido a infiltrado por colágeno por SSc y 21 (27%) a infiltrado linfocitario por SS. Xerostomía aislada se encontró en 17 (22) de los pacientes, así como xeroftalmia aislada en 5 (7%) de los pacientes. Crecimiento de las glándulas parótidas fue referido en 5 (6.5%) de los pacientes. Los autoanticuerpos anti-Ro/SSA y/o anti-La/SSB se encontraron en 28.5% (6/21) de pacientes con SS. De los 21 (27%) pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación de SS del AECG, la prueba de Schirmer I mostró grado 2: en 4 pacientes, grado 3: en 12 pacientes y grado 4: en 5 pacientes. **Conclusiones:** La prevalencia de síndrome sicca asociado a infiltración por colágeno fue del 44% y del SS asociado a SSc del 27% por lo

que se debe identificar a estos pacientes y dar un tratamiento oportuno para disminuir su morbilidad y prevenir complicaciones graves como Linfoma no Hodgkin.

0359 Síndrome medular anterior secundario a espondilodiscitis infecciosa, secundaria a *Escherichia coli*

Izaguirre V, Jiménez J, Palacios A, Martínez F

Otra, Hospital Regional de Tlalnepantla.

Femenino de 46 años, diabética e hipertensa. Lumbalgia de 12 meses multitratada con Vitamínicos y relajantes. Acude a nuestra unidad por dolor en región lumbar de 4/10 de intensidad con irradiación hacia región sacra, con incapacidad para la movilización, paraparesia, fiebre y disnea de medianos esfuerzos. Estudiada como cólico renoureteral, se encuentra con síndrome de Neurona motora inferior con paraplejía, hiporreflexia bilateral, sensibilidad exteroceptiva disminuida, introceptiva conservada, con síndrome de consolidación pulmonar y derrame pleural derecho por lo que se drena un trasudado cumpliendo criterios de paraneumónico complicado se aísla E. Coli en urocultivo y hemocultivos, realizamos punción lumbar con presencia de pleocitosis y proteinorraquia, por lo que se realiza resonancia magnética de columna dorsolumbar con presencia de



espondilodiscitis en región de T11-12 con compresión medular, se inicia tratamiento con meropenem 1 g IV c/ 8 hrs por 3 semanas.

0380 Manifestaciones hematológicas en el síndrome antifosfolípidos (SAF) no trombótico: serie de casos del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Mendoza A,¹ Sepúlveda J,² Tevera M,³ Vera O⁴

¹SSA, Hospital Juárez de México, ²SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, ³IMSS, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, ⁴IMSS, Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Introducción: El SAF es un desorden autoinmune caracterizado por trombosis recurrentes, pérdidas gestacionales y la presencia de autoanticuerpos. Existen diversas manifestaciones no trombóticas del síndrome, muchas de ellas hematológicas.

Objetivos: se presenta una serie de casos de SAF no trombótico, sus manifestaciones hematológicas, perfil de autoanticuerpos, tratamiento y seguimiento.

Resultados: Se muestran en la tabla. **Conclusiones:** la anemia

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad (años)	26	44	20	25
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Hemoglobina (g/dl)	6.2	6.1	8.2	5.3
Hematocrito (%)	14.9	20.4	23.9	15.4
Plaquetas (miles/mm3)	241	6	68	10
Reticulocitos (%)	7%	2%	2%	2.80%
DHL (U/L)	387	631	691	454
TP	12	11.3	13	22.3
TTP	50	20.7	92	330
Bilirrubina total (mg/dl)	1.49	0.37	0.78	2.8
Bilirrubina indirecta (mg/dl)	0.3	0.31	0.64	1.56
COOMBS directo	3+	3+	4+	3+
AC anticardiolipina IgM	429	2.4	8.8	31.7
AC anticardiolipina IgG	53.73	1222	7884	1791
AC antiβ2 glicoproteína I IgM	46.9	3.46	3.36	148
AC antiβ2 glicoproteína I IgG	2.25	7.8	88.1	101
AC antifosfatidil serina IgM	69	42	31	65
AC antifosfatidil serina I IgG	>100	44	>100	>100
Tratamiento agudo	Prednisona 1mg/kg/d	Metilprednisona 1 g x3	Metilprednisona 1 g x3	Metilprednisona 1 g x3
Tratamiento crónico	Aspirina 100 mg/día Hidroxicloroquina 400 mg/día Aspirina 100mg/día	Prednisona en dosis reducción	Aspirina 100mg/día Prednisona 1 mg/kg/día	Azatioprina 50 mg cada 12 hrs/ Prednisona 1 mg/kg/día/ Diazepol 100 mg cada 8 hrs
Tiempo de evolución sin manifestaciones trombóticas	7 meses	2 meses	1 mes	1 año
Biometría de seguimiento				
Hemoglobina (g/dl)	13	9.2	13.2	14.2
Hematocrito (%)	38.7	29.4	40.5	40.8
Plaquetas (miles/mm3)	172	30	219	109



hemolítica autoinmune y la trombocitopenia autoinmune pueden presentarse de forma aislada o como Síndrome de Evans. Los títulos muy altos de anticardiolipinas podrían estar relacionados con estas manifestaciones sin embargo, estudios más amplios son necesarios. El tratamiento con antiagregación plaquetaria y/o inmunosupresores en este tipo de casos de SAF es complejo y no está ampliamente descrito.

0391 Falso positivo de infección por VIH en paciente con lupus eritematoso sistémico

Vásquez E,¹ Pérez M²

¹IMSS, UMAE Dr Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, ²IMSS, Hospital General de Zona No. 27.

Introducción: Los pacientes con LES pueden tener reacciones falsas positivas de ELISA para VIH con una frecuencia de 0 a 45%. La positividad para VIH es transitoria y se presenta en períodos de actividad de LES asociada a impurezas en la preparación del antígeno generando reacciones cruzadas, los pacientes con LES producen anticuerpos en forma aleatoria, debido a la estimulación policlonal ya que producen títulos elevados de anticuerpos contra varias proteínas retrovirales, incluyendo Gag, Env y Nef del VIH y HTLV. **Caso:** femenino de 42 años con cuadro de candidiasis oral, fiebre y diarrea; realizándose dos pruebas de

ELISA para VIH siendo positivas por lo que se inicia tratamiento con zidovudina y zalcitabina que mantuvo durante 8 años, durante su seguimiento sin cursar infecciones oportunistas, carga viral indetectable y CD4 normales por lo que se realiza ELISA para VIH siendo no reactivo. Posteriormente cursa con astenia, adinamia, tos con expectoración hialina, disnea y fiebre, pérdida de peso de 5 kg durante un mes. EF: mucosa oral con placas blanquecinas en paladar y carrillos de bordes irregulares con fondo eritematoso y de ganglios periauriculares bilaterales. Laboratorio: Leuc 1.4 x103, HB 11.6g/dL, HTO 38.3%, VCM 86.8 fL, CHCM 32.9 pg, PLT 66 x103 LT 0.9 x103 EGO: proteínas ++, leucos 8-10, eritrocitos 2-3, ELISA VIH -, PCR negativo. VSG: 34 mm/1h, FR: 10 ui/ml., coombs -, VDRL -, Alb 2.8 g/dl. BT 0.36 mg/dl, AST 213 u/l. ALT 88 u/l. FA 150. GGT 204 u/l. DHL 1275 u/l. ag HBS negativo. ac HBc negativo. HCV negativo; hemocultivos, urocultivo y cultivo de expectoración negativos. TAC cuello, tórax y abdomen con adenopatías en el nivel III. ANA 1:1280; patrón homogéneo, antiDNA: 439.68 ui/ml, C3 24 mg/dl, C4 6.5 mg/dl, concluyendo LES por lo que se inicia terapia con esteroides; observando remisión de las manifestaciones clínicas y hematológicas. **Conclusión:** En los pacientes con LES que presentan pruebas de ELISA

falsas positivas, la prueba de Western Blot habitualmente es indeterminada (en 35% de los casos) ya que suelen ser positivos a alguno de los antígenos, pero no a dos de las bandas importantes de forma simultánea. Las manifestaciones iniciales de la infección por VIH y de las enfermedades de tejido conectivo suelen ser inespecíficas y pueden mimetizarse, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser difícil de realizar.

0400 Bronquiolititis obliterante como manifestación inicial de granulomatosis con poliangiítis (granulomatosis de Wegener)

León Y, Moreno F, Turrent A Privado, Centro Médico ABC.

Antecedentes. En 1991 Travis et al describieron las manifestaciones histológicas de la granulomatosis con poliangiítis (GPA), clasificándolas en mayores y menores, siendo la bronquiolititis obliterante con neumonía organizada (BOOP) parte de las segundas. En 1996 se reportaron 16 casos de GPA con BOOP como principal hallazgo histológico. **Objetivo de estudio:** descripción del abordaje del paciente con nódulos pulmonares y revisión de la literatura. **Informe de caso.** Hombre de 67 años de edad, historiador, con exposición a polvo y materiales de construcción durante 4 meses y múltiples viajes al norte de México, Centro y Sudamérica. Antecedente de diabetes melli-

tus tipo 2 mal controlada, tos crónica productiva en accesos de 6 años de evolución sin respuesta a diferentes esquemas antimicrobianos. Se presentó al hospital por presentar durante la última semana aumento de la tos, hemoptoicos y cefalea. A la exploración física llamó a atención SatO₂ de 80%, costras nasales, úlcera en cara lateral izquierda de la lengua y estertores crepitantes diseminados. Se realizó una TAC de tórax que mostró lesiones nodulares de distribución bilateral y difusa en parénquima pulmonar, la de mayor tamaño localizada en lóbulo superior derecho, engrosamiento intersticial generalizado, áreas de vidrio esmerilado y adenopatías mediastinales. Debido a los hallazgos radiológicos y a los antecedentes epidemiológicos se descartaron causas infecciosas. En estudio PET-CT se identificó aumento de la actividad metabólica de las lesiones nodulares pulmonares. Se realizó toracoscopía y resección de segmento posterior del lóbulo superior derecho, con hallazgo transoperatorio de múltiples nódulos y neumonitis granulomatosa con necrosis. En el estudio patológico se reportaron cambios histológicos consistentes con la variante similar a bronquiolititis obliterante de granulomatosis con poliangiítis. Los ANCA fueron positivos con patrón perinuclear y antimieloperoxidasa positivos. El paciente ha recibi-

do tratamiento con prednisona y 5 ciclos de ciclofosfamida, presentando negativización de ANCA. **Discusión.** La afección pulmonar en los pacientes con GPA es frecuente, sin embargo la presentación con BOOP es poco habitual y la respuesta a esteroides e inmunosupresores es favorable.

0404 Aortitis aislada presentada como cuadro suboclusivo intestinal: presentación de un caso y revisión de la literatura

Sánchez A,¹ Jordán A,¹ Bozada K,² Carriles T¹

¹Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC, ²Universitario, Universidad Veracruzana, campus Minatitlán.

Introducción: La etiología más común de aortitis es la arteritis de células gigantes (75%) y menos frecuentes la autoinmune, infecciosa y la idiopática. Se caracteriza por inflamación de la pared del vaso y aparición de aneurismas, disección o ruptura de la pared, asociado a síntomas sistémicos. El diagnóstico clínico es complejo y se complementa con técnicas como la tomografía por emisión de positrones (PET-CT). **Resumen:** hombre de 88 años originario del Reino Unido, agrónomo retirado, tabaquismo suspendido hace 28 años con un IT =30 paq/año. Antecedentes de pre diabetes, hiperplasia prostática benigna y constipación crónica de 3 años de evolución. Padecimiento actual inicia 7

días previos con constipación importante y dolor abdominal difuso, progresivo de predominio en fosa iliaca derecha e hipogastrio, sin otros síntomas. A su ingreso a la exploración se encuentra arrítmico con signos vitales normales, fosa iliaca derecha con dolor a la descompresión y peristalsis abolida. Se realiza tomografía de abdomen contrastada encontrando aumento de calibre la aorta abdominal, arteria mesentérica superior y sus ramas a expensas de tejido excéntrico sin datos de isquemia intestinal. El ecocardiograma mostró PSAP de 43mmHg (elevada), el resto normal. Laboratorio: Hb 13.3 g/dL, leucocitos 8,800 /mm³, plaquetas 215 mil/mm³, creatinina 0.8 mg/dL, sodio 129 mEq/dL, resto de electrolitos normales, pruebas de función hepática normales, lactato 0.7, TSH 3 ng/dL, CPK y troponina I normales, dímero D de 4372 ng/ml, VSG de 55 mm/hr, PCR 6.45mg/dL, examen general de orina normal, complemento C3 y C4 normales; serología y auto anticuerpos: factor reumatoide, ANAs por IF, P-ANCAs y C-ANCAs negativos, coxiella, negativos, memoria para hepatitis A y vacunación contra hepatitis B. Se inició tratamiento con anticoagulación, anti arrítmicos y manejo conservador de la oclusión intestinal con mala evolución clínica. Por los hallazgos en la tomografía se realizó PET-CT evidenciando aumento de actividad metabó-



lica en la pared vascular de los vasos mencionados, sin otra zona sugerente de inflamación. Se agrega prednisona 50 mg al día y posteriormente con mejoría del dolor abdominal, tránsito y marcadores de inflamación. Se egresó sin complicaciones.

Conclusiones: La aortitis es una causa extremadamente rara de dolor abdominal, la sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico.

0412 Granulomatosis de Wegener. Presentación de un caso
Martín E, Delgado A
 IMSS, UMAE No.1 Bajío.

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrotizante que afecta las vías respiratorias superiores, inferiores y los glomerulos. Ésta y la poliangeítis microscópica son enfermedades vasculares asociadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Es una enfermedad rara, de causa aún no definida, con incidencia de 0.4 casos por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Femenino de 20 años de edad. Carga genética para DM2 y HAS por padre y madre. Cuenta con diagnósticos de enfermedad renal crónica en hemodiálisis desde los 16 años, hipertensión arterial sistémica en control. Comenzó un mes previo al ingreso con tos y expectoración inicialmente hialina posteriormente hialina y amarillenta, además

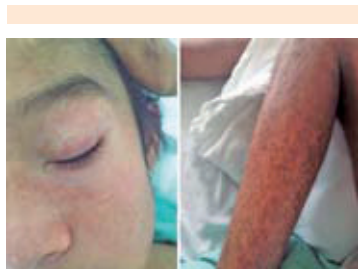
de fiebre no cuantificada, así como disnea progresiva hasta los esfuerzos mínimos por lo que acude a su hospital de adscripción de donde es referida a nuestro hospital para continuar su protocolo diagnóstico. A la exploración física de relevancia; paciente que luce caquética, con palidez mucotegumentaria generalizada, campos pulmonares con hipoareación basal bilateral, sin evidencia de estertores o sibilancias, precordio hiperdinámico sin S3 ni S4, en extremidades resalta la presencia de fístula arteriovenosa funcional en miembro torácico izquierdo, hipotrofías, resto de la exploración sin alteraciones. Laboratorio: Hb 9.3, leucocitos 8.39, urea 130, creatinina de 5.4, anticuerpos anti nucleares (positivo 1:160), patrón moteado, C351.2 (90-180), C4 22.5 (10-40), c-ANCA 24.8 (positivo > 10), p-ANCA 15 (positivo > 13.5). BAAR sin bacilos, broncoscopía; cuyo resultado fue cavitaciones pulmonares en estudio, se tomó lavado broncoalveolar con toma de cultivo el cual reportó desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*. TAC de tórax con múltiples cavernas en ambos pulmones en diferentes estadios evolutivos. **Comentario:** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis asociada con anticuerpos c-ANCA; su diagnóstico se establece con base en las manifestaciones clínicas, radiológicas, histopatológicas y los marcadores bioquímicos.

En el caso de nuestra paciente recibe ciclofosfamida oral y prednisona.

0426 Diagnóstico de dermatomiositis durante el embarazo. Alto riesgo para el binomio

Hernández L, De León I, Herrera R
 SSA, Hospital General Rafael Pascacio Gamboa.

Introducción: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune. Tiene predominio de 2:1 en el sexo femenino. **Descripción:** Femenino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia. Gesta: 1. Inicia padecimiento en el 3er trimestre de gestación, con eritema en párpados superiores y mejillas, debilidad muscular y disfagia a sólidos. Exploración física: eritema bipalpebral, lesiones violáceas y descamativas en extremidades. Retraso en el crecimiento intrauterino. Fuerza muscular en cintura escapular y pélvica 2/5 simétrica. **Laboratorios:** anemia leve normo-normo, VSG 32mmhr, LDH 2027 u/l, creatina fosfoquinasa 4000u/l, aldolasa 30u/l. Biopsia de musculo deltoides inflamación perimisial y necrosis perifascicular. Electromiografía con amplitudes disminuidas. Se inicia tratamiento con Prednisona y azatioprina. 28 sdg presento óbito fetal. **Conclusión:** El tratamiento es limitado en el contexto de la paciente. Dentro de las principales implicaciones esta la alta mortalidad fetal.



0440 Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFP)

Medina G,¹ Mares R,² Cruz M,¹ Vera O,¹ Jara L¹

1Otra, Universidad de Guadalajara, 2IMSS, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas tienen alto riesgo cardiovascular (RCV). La evaluación sistematizada del RCV en pacientes con SAFP no ha sido totalmente efectuada. **Objetivo:** Evaluar el RCV en pacientes con SAFP. **Pacientes y Métodos:** Pacientes con diagnóstico de SAFP (criterios de Sidney), >16 años de edad, evolución ? 1 año. Se obtuvieron datos clínicos, recurrencia de trombosis (>2 eventos trombóticos), medición de circunferencia abdominal, cadera, cálculo de índices cintura/cadera (ICC) (mujeres ICC > 0.8 y hombres > 0.9 = obesidad central) y cintura/estatura (ICE) (RCV= ICE > 0.5). Se efectuó perfil de lípidos completo y cálculo del índice aterogénico de

Castelli (IAC): Colesterol total/colesterol HDL y RCV de Framingham (RCVF) a 5 y 10 años. Se compararon los índices antropométricos entre mujeres y hombres y se dividieron en: grupo 1: trombosis recurrente (>2 eventos trombóticos) y grupo 2: sin trombosis recurrente y comparación del IAC y RCVF en ambos grupos con chi cuadrada y análisis de regresión logística para los factores de riesgo. **Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes, 44 mujeres, 14 hombres, edad: 46 ± 13.19 años, evolución de la enfermedad: 14.81 ± 8 años. El evento trombótico inicial más frecuente fue la trombosis venosa profunda (TVP) de extremidades (33%), seguido del evento vascular cerebral isquémico (17%). La recurrencia de trombosis se manifestó como TVP de extremidades. De los FRCV tradicionales los más frecuentes fueron dislipidemia (33), obesidad (20), e hipertensión arterial (10) pacientes sin embargo el análisis de regresión no encontró significancia estadística individual. De acuerdo al ICC hubo mayor obesidad central en mujeres (0.85 ± 0.04) que en hombres (0.93 ± 0.04) p< 0.05; ICE en mujeres 0.60 ± 0.18 y en hombres 0.56 ± 0.05 (p=NS). El IAC fue de 5.6 ± 1.7 y 4.7 ± 1 en el grupo de trombosis recurrente vs. sin recurrencia de trombosis; RCVF a 5 años de 3.2 ± 2.8 vs 1.2 ± 1.7 y a 10 años 7.3 ± 5.8 vs. 3.2 ± 3.9 en pacientes con y

sin trombosis recurrente (p< 0.05). **Conclusiones:** El riesgo aterogénico y cardiovascular es alto en pacientes con SAFP y se asocia a trombosis recurrente. Es importante el control integral del conjunto de FRCV.

Tabla 1. Comparación de índices antropométricos, IAC y RCVF

	Mujeres	Hombres
IMC	28.36 ± 4.98	28.46 ± 2.81
ICC	0.85 ± 0.04	0.93 ± 0.04 *
ICE	0.60 ± 0.18	0.56 ± 0.05
	Con trombosis recurrente (>2 eventos)n=21	Sin trombosis recurrente (<2 eventos trombóticos) n=35
IAC	5.6 ± 1.7	4.7 ± 1 *
RCVF 5 años	3.2 ± 2.8	1.2 ± 1.7 *
RCVF 10 años	7.3 ± 5.8	3.2 ± 3.9 *

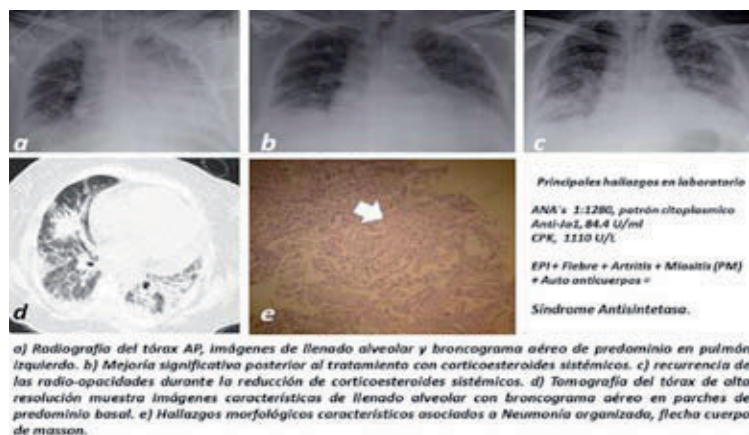
*p<0.05

0457 Neumonía organizada con progresión a síndrome antisintetasa

Guevara A0, Rodríguez J0, Rojas A0, Gutierrez J0, Contreras O0, Perez A0, Orive J0, Gana-do A0, Orozco J0, Esquivel J0, Llamas B0, Treviño E0, Jaimes K0, Belmonte F0, García M0, Mateos H0

0.Otra Centro Médico ISSE-MYM Toluca Arturo Montiel Rojas

Introducción: La neumonía organizada (NO) se ubica en las neumonías intersticiales idiopáticas (NII), 10% desarrolla enfermedad del tejido conjuntivo (ETC). Síndrome antisintetasa (SA): miositis, fiebre, dedos-mecánico. Se ve enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en 30% frecuentemente NO y neumonía intersticial no específica.



Cuando la EPI es manifestación inicial dificulta el diagnóstico, favorece la progresión y morbi-mortalidad. Caso Mujer 34 años, 9 meses de mialgias, artralgias, disnea, tos, fiebre. TC tórax: llenado alveolar, broncograma aéreo, vidrio despulido bilateral-difuso. Cultivos negativos. Sin afección extrapulmonar. Biopsia pulmonar: NO. Respuesta a corticoesteroides (CE). A la reducción de CE, desarrolla miositis, poliartritis, fiebre y opacidades en radiografía, ANAs/ Anti-Jo1 positivos. Conclusión En pacientes con NII debe buscarse ETC subyacente. La correcta caracterización de EPI tiene un impacto positivo al disminuir la progresión de fibrosis e hipertensión pulmonar.

0466 Motivos de hospitalización y muerte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" del 2013 al 2014

Villarreal EO, Aguilar JO, Calvo C1

0.SSA Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca Servicio de Medicina Interna; 1.IMSS Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca Servicio de Medicina Interna

Introducción: la mortalidad en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico es de 2 a 5 veces mayor que la población general. La tasa de hospitalización y mortalidad se encuentran relacionados principalmente con la actividad de la enfermedad, donde la afectación renal destaca significativamente. En los últimos años la historia natural de manifestaciones cardiovasculares, así como infecciones oportunistas aumento por uso de corticoesteroides, inmunosupresores y uso de terapia biológica. **Objetivo:** Describir los motivos de hospitalización de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico en

el servicio de medicina interna, así como los factores de riesgo asociado a mortalidad en estos pacientes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el servicio de medicina interna del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", entre enero del 2013 a diciembre del 2014. Estudio no probabilístico, en el que se incluyeron a pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico, por medio de criterios de SLICC 2012, pacientes >16 años, hospitalizados por cualquier motivo al servicio, donde se elaboró un instrumento de registro con datos clínicos, características clínicas, bioquímicos, histológico, de tratamiento y sus complicaciones. **Resultados:** N=93 pacientes hospitalizados con LES, de los cuales 80 fueron mujeres, 13 hombres. La edad media fue de 35 años. N= 87 pacientes presentaron actividad lúpica (SLEDAI >8). N=71 pacientes ingresaron por causa infecciosa, de los cuales el 60% se encontraba con prednisona >15mg, 87% con inmunomoduladores, 35% con ciclofosfamida, 6% con rituximab. N=8 pacientes presentaron enfermedad cardiovascular, en donde el 85% usaban corticoesteroides. Las manifestaciones clínicas de LES fueron principalmente: hematológica 62%, renal 53%, cardiopulmonar 43%, musculoesqueléticas 22%. N=7 pacientes fallecieron, en

donde 3 pacientes debido a neumonía atípica, un paciente por neurolupus, un paciente por síndrome antifosfolípidos catastrófico, 2 debido a tromboembolia pulmonar. El 87% habían recibido terapia con ciclofosfamida, y el 100% presentaron actividad lúpica con (SLEDAI >16). La mortalidad global intrahospitalaria fue: 3.06%. **Conclusiones:** Los estudios obtenidos nos comprueban donde las causas infecciosas siguen siendo la principal causa de morbimortalidad en nuestro hospital, correlacionando el principal factor de riesgo dosis de esteroides, así como terapia inmunosupresora y uso biológicos.

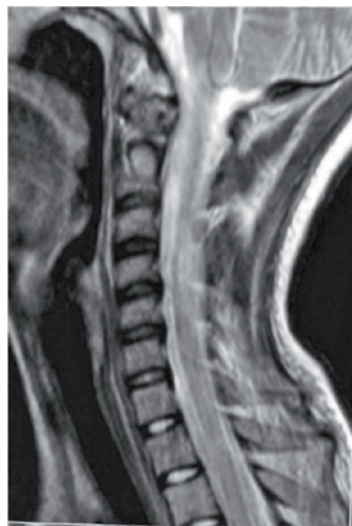
0478 Neurolupus. Reporte de caso

Chi S0

0.SSA Agustín O'Horán

Femenino de 16 años de edad, sin antecedentes de importancia, sólo alergia a la penicilina. Inicia padecimiento con dolor abdominal sin irradiación, en escala EVA 3/10, de predominio en fosa iliaca derecha, acompañada de fiebre no cuantificada sin predominio de horario, y vómito en cuatro ocasiones de contenido gastrointestinal. Acudió a Urgencias, valorada por Cirugía, descartándose datos de abdomen agudo, con mejoría sintomatológica y egresando. Mes y medio después presenta pérdida de control de esfínter vesical y anal, se acompaña

de artralgias a nivel de tobillos y posteriormente rodillas, con disminución de fuerza muscular en extremidad inferior derecha y horas después extremidad inferior izquierda, con evolución ascendente, progresando hasta incapacidad para la deambulacion en tres días, con disminución de fuerza muscular en miembros torácicos dos días previos a su ingreso hospitalario, sin presentar compromiso de la sensibilidad a ningún nivel. Refiere presencia de úlceras orales eventualmente durante el año. Presenta pérdida de peso de 6 kg aproximadamente en el transcurso de 2 semanas, sin hiporexia. Por lo que acude a valoración nuevamente. A la exploración física al ingreso: complexión delgada, lesiones dermatósicas en frente con apariencia de escoriaciones eritematosas. Glasgow no traumático: 15



puntos, fuerza muscular 2/5 en miembro torácico izquierdo distal, 3/5 proximal de extremidad torácica izquierda. Fuerza muscular 4/5 en miembro torácico derecho. En miembros pélvicos fuerza muscular 0/5 bilateral. Sensibilidad conservada. Sin datos de irritación meníngea. Cardiorrespiratorio sin alteraciones. Se inicia protocolo de estudio.

0489 Granulomatosis de Wegener presentación de un caso

Martin E0, Delgado A0, Casillas J0, Soto J0, Hernández P0, Cabrera S0

0.IMSS UMAE No.1 Bajío

Introducción: Es una vasculitis granulomatosa necrotizante que afecta vías respiratorias superiores, inferiores y los glomerulos. Ésta y la poliangeítis microscópica son enfermedades vasculares asociadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Incidencia de 0.4 casos por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Femenino de 20 años de edad. Carga genética DM2 y HAS. **Antecedentes:** Enfermedad renal crónica en hemodiálisis desde los 16 años, hipertensión arterial sistémica en control. Inicia su padecimiento un mes previo al ingreso con tos y expectoración inicialmente hialina posteriormente hialina y amarillenta, además de fiebre no cuantificada, así como disnea progresiva hasta los esfuerzos mínimos por lo



que acude a su hospital de adscripción de donde es referida a nuestro hospital para continuar su protocolo diagnóstico. Exploración física de relevancia; Caquética, palidez mucotegumentaria generalizada, campos pulmonares con hipoareación basal bilateral, sin estertores o sibilancias, precordio hiperdinámico sin S3 ni S4, en extremidades resalta la presencia de fístula arteriovenosa funcional en miembro torácico izquierdo, hipotrofías, resto de la exploración sin alteraciones. Laboratorio: Hb 9.3, leucocitos 8.39, urea 130, creatinina de 5.4, anticuerpos anti nucleares (positivo 1:160), patrón moteado, C3 51.2 (90-180), C4 22.5 (10-40), c-ANCA 24.8 (positivo > 10), p-ANCA 15 (positivo > 13.5). BAAR sin bacilos, broncoscopia; cuyo resultado fue cavitaciones pulmonares en estudio, se tomó lavado broncoalveolar con toma de cultivo el cual reportó desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*. TAC de tórax con múltiples cavernas en ambos pulmones en diferentes estadios evolutivos. **Comentario:** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis asociada con anticuerpos c-ANCA; su diagnóstico se establece con base en las manifestaciones clínicas, radiológicas, histopatológicas y los marcadores bioquímicos. En el caso de nuestra paciente recibe ciclofosfamida oral y prednisona. **Bibliografía:** - Kawada, S; Kuriyama, M.

Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's Granulomatosis), American Journal of Otolaryngology, 2015; 247: 132-140. - Lima, A.M; Torraca, Granulomatosis with polyangiitis, a new nomenclature for Wegener's Granulomatosis. Anais Brasileiros de Dermatología, 2015; 300, 23-26.

0493 Dermatomiositis inducida por infección de virus de inmunodeficiencia humana, reporte de un caso

Flores M0, González M1, Maya L0, Luna T0, Infante H0

0.SSA Hospital de Especialidades de la Ciudad De México Dr. Belisario Dominguez; 1.SSA Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria idiopática, caracterizada por inflamación y debilidad muscular, su incidencia es de 2-10/millón/año, en su patogenia se tienen identificado diferentes mecanismos de autoinmunidad, mediados por la inmunidad humoral y celular, influyendo factores genéticos, hormonales e infecciosos, su diagnóstico precisa de cuadro clínico sugestivo, estudio electromiográfico e histopatológico. **Descripción del caso:** JVLf: Masculino de 27 años de edad, originario del D.F. reside en reclusorio desde hace 4 años en hacinamiento. AHF: negados, AA: 8 parejas sexuales heterosexuales. APP:

Etilismo por 5 años. Índice tabáquico 1.25 pq/año. Consumo de Marihuana y Cocaína, Tatuajes realizados en reclusorio. Refiere pérdida ponderal de 15 kg en 6 meses, hospitalizaciones: Hace 5 meses, documentándose infección por *Mycobacterium tuberculosis* mediante biopsia de ganglio supraclavicular, recibiendo tratamiento específico. PA: inicia hace 1 mes con incapacidad para deambular atribuida a dolor y disminución de fuerza en las 4 extremidades, así como exantema en cara y manos, fiebre, tos y expectoración verdosa, por lo que es referido a esta unidad. A la exploración física con exantema periocular, pápulas en manos de predominio metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales, disminución de la fuerza proximal 3/5 en las 4 extremidades. Paraclínicos: Hb10.9 gr, Cr 0.17, ALT 61, AST 69, GGT 58, CK 709, DHL 475. Ag-VIH(+). Electromiografía: polineuropatía con degeneración axonal y demielinizante. Biopsia de musculo esquelético de MP: infiltrado mononuclear de predominio linfocítico con arreglo perivascular asociada a edema y escaso infiltrado intersticial con atrofia perimisial focal. **Comentario y conclusiones:** Paciente que ingresa por cuadro caracterizado por debilidad muscular, con factores de riesgo para infección por HIV, en quien se sospecha de DM cumpliendo criterios Bohan y Peter (pápulas de Go-

tron y eritema en heliotropo, debilidad muscular, elevación de enzimas musculares y biopsia compatible) se decide inicio de tratamiento con esteroide con mejoría de la fuerza, se diagnostica infección por VIH, pudiendo ser la causa desencadenante de la DM debido a la asociación de este virus con un mayor número de fenómenos de autoinmunidad con aumento de autoanticuerpos contra el endotelio, inducida por complejos mecanismos de mimetismo molecular.

0495 Reporte de un caso: síndrome antifosfolípido catastrófico asociado a puerperio con respuesta exitosa a tratamiento

Duarte JO, Peralta AO, Vera OO, Adalid DO

O.I.MSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: El síndrome antifosfolípidos (SAF) se caracteriza por trombosis recurrente en presencia de anticuerpos antifosfolípidos; se denomina catastrófico (SAFC) cuando ocurre trombosis en tres o más órganos diferentes en un periodo de una semana o menos. En el 40% de los casos no se logra identificar un factor desencadenante de SAFC, las infecciones lo son en un 20% y las causa obstétrica, incluyendo el puerperio, lo son en un 4.6%. La mortalidad asociada a SAFC es del 50-60%.

Presentamos el caso de una paciente en puerperio tardío quien desarrolló SAFC con adecuada respuesta a tratamiento.

Objetivo: Describir la peculiar evolución de la paciente y el abordaje realizado en un caso complicado. **Informe de caso:** Mujer 23 años, sin antecedentes inmunológicos. Gesta 2, abortos 0. En puerperio tardío posterior a parto eutócico, presenta debilidad de extremidades inferiores progresando a paraplejía flácida y retención urinaria, dolor ocular derecho y disminución progresiva de la agudeza visual hasta amaurosis; simultáneamente trombosis venosa profunda de miembro pélvico derecho (MPD), demostrada por ultrasonido Doppler y disnea progresiva con dolor torácico, documentando por angiotomografía tromboembolia pulmonar submasiva y requiriendo trombectomía con evolución exitosa. 48 horas posteriores, deterioro neurológico que precisó manejo avanzado de la vía aérea, la tomografía de cráneo inicial con discreto edema cerebral; la resonancia magnética demostró lesiones hiperintensas en T2 en columna cervical y encéfalo compatibles con desmielinización. Se concluye SAFC por trombosis en tres órganos diferentes, destacando la neuromielitis óptica, con anticardiolipinas IgM positivas y anticuerpo lúpico moderadamente positivo además de trombocitopenia, por lo que recibió pulsos de

metilprednisolona, inmunoglobulina, sesión de plasmaféresis y anticoagulación. Adecuada evolución con destete de la vía aérea, continuando con rehabilitación por secuela motora en las cuatro extremidades.

Comentario: El SAFC se ha asociado a causas obstétricas en el 4.6% de los casos, los sitios principales de trombosis son a nivel renal (71%), pulmonar (64%), sistema nervioso central (SNC) (62%) y piel (50%). En el caso de nuestra paciente, tuvo adecuada respuesta al tratamiento.

0498 Lupus de inicio tardío con afección hematológica, renal, neuropsiquiátrica e inmunológica. Reporte de un caso

Caballero CO, García LO, Hernández MO

O.Otra Centro Médico ISSE-MYM

Femenino de 73 años que cursa con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo primario y antecedente de cáncer de mama. Inicia cuadro agudo con cefalea, síntomas sicca oftálmicos, desorientación, pérdida de control de esfínteres. Estudios de gabinete con anemia normocítica hipocrómica, TAC y RM de cráneo, sin imágenes sugerentes de patológicos; electroencefalograma con brote de ondas lentas (frontotemporal izquierdo) con propagación a hemisferio contralateral. Valorada por Neurología con

impresión diagnóstica de epilepsia, se inicia manejo para la misma y se egresa. Acude a las 2 semanas por presentar fluctuaciones del estado de alerta, con periodos de inatención, contaba con adecuada sustitución tiroidea, se descartaron trastornos hidroelectrolíticos o toxicidad por fármacos. Durante su evolución con desprendimiento fácil de cabello, leucopenia con linfopenia y trombocitopenia. Al contar con pancitopenia, se realizó punción lumbar con descarte de neuroinfección; TAC toracoabdominal con derrame pleural bilateral mínimo, sin imágenes sugerentes de proceso infeccioso; examen general de orina con leucocituria y eritrocituria, que persistió a pesar de completar antibioticoterapia de amplio espectro basada en antibiograma por *E. Coli* en urocultivo y se realizó aspirado de médula ósea con celularidad normal aumentada con diseritropoyesis, detención en la maduración de la serie mieloide, megacariocitos en número adecuado, algunos hipolobulados. Ante la presencia de epilepsia de reciente inicio y pancitopenia, se sospecha patología autoinmune. Se complementa paraclínicos con Ac Anti dc-DNA positivos (55.03), ANA patrón homogéneo 1:160, Anti-Ro y Anti-La Negativos, hipocomplementemia y Coombs directo positivo. Valorada por Reumatología (a los 2 meses de inicio del cuadro) coincidiendo en impresión diagnóstica de

lupus eritematoso sistémico de inicio tardío, se inicia corticoesteroide, inmunoglobulina y micofenolato de mofetilo, mostrando favorable respuesta. El lupus eritematoso sistémico se convierte en un reto diagnóstico al ser una patología de menor frecuencia en la población geriátrica, siendo frecuente el retraso diagnóstico hasta de 5 años en promedio, por coexistencia de múltiples patologías, polifarmacia, presentación insidiosa y amplia variedad de manifestaciones.

0510 Síndrome antisintetasa asociado a síndrome de Sjögren y trombocitosis esencial: presentación de caso clínico

Guzman GO, Santana JO, Lamberaño DO, Mendoza SO

O.IMSS Servicio Medicina Interna UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: el síndrome antisintetasa (SAS) es un trastorno poco frecuente, incluido en las miopatías inflamatorias idiopáticas, se caracteriza por presentar anticuerpos anti-sintetasa en el suero, ANAS positivos, se asocian con varias enfermedades, en especial colagenopatías. **Objetivo.** Conocer la asociación y las características clínicas entre el síndrome antisintetasa, síndrome de Sjögren y trombocitosis esencial. Informe del caso: Mujer de 63 años con Síndrome de Sjögren

(SJ) primario de 2 años de diagnóstico tratada previamente con ciclofosfamida (CF) por Fibrosis intersticial pulmonar y Azatioprina. Ingresó a nuestro servicio por fiebre desde 2 años, pérdida de peso, artritis, debilidad proximal. Al ingreso al servicio encontramos elevación de CPK, trombocitosis de 700,000 y leucocitosis de 17,000 a pesar del tratamiento. En la exploración física encontramos dermatosis descamativa y grietas en la cara lateral de los dedos de las manos, estertores crepitantes basales y fuerza muscular 3/5. Laboratorios con ANA positivos, patrón moteado fino 1:640, anticuerpos anti-Jo1 6.3. Electromiografía con neuromiopatía con escasa inestabilidad de membrana. Se reportaron cultivos para bacterias y micobacterias sin desarrollo. En función de estos hallazgos se estableció el diagnóstico de SAS y se dio tratamiento con micofenolato de mofetil, mejorando la sintomatología y descenso de CPK. Posterior a la mejoría clínica y de laboratorio (CPK y marcadores inflamatorios) se retiró esteroide y presentó incremento de cifras de plaquetas hasta 1,100,000. Se realizó AMO que reportó hiperplasia megacariocítica y cambios morfológicos sugestivos de trombocitosis esencial, solicitamos cariotipo que se reportó normal, JAK2V617F y Bcl-Abr negativos lo cual descartó leucemia mieloide y se confirmó trom-

bocitosis esencial, solicitamos cariotipo que se reportó normal, JAK2V617F y Bcl-Abr negativos lo cual descartó leucemia mieloide y se confirmó trombocitosis esencial. Discusión. El diagnóstico fue complicado ya que inicialmente se atribuyó la afección pulmonar al SJ, sin embargo se decidió estudiar debido a CPK elevada, fiebre y pérdida de peso, miopatía no habituales en SJ. La paciente presentó Miopatía inflamatoria, representada por debilidad muscular de predominio proximal que respondió al manejo con esteroides, con alteraciones enzimáticas y electromiográficas; Enfermedad pulmonar intersticial con Fibrosis pulmonar difusa, "Manos de mecánico" con lo que cumplió 3 criterios para el diagnóstico de SAS, presentó anticuerpos anti-Jo en límites normales altos, sin embargo estos solo se presentan en un 30 % de los pacientes y se tomó la muestra cuando la paciente ya se encontraba en tratamiento.

0521 SAAF catastrófico. A propósito de un caso

Casillas J0, Delgado A0, Soto J0, Martín E0, Cabrera S0, Hernández P0

O.IMSS UMAE No.1 Bajío

Introducción: es una forma rara que se presenta en el 1% de los pacientes con SAAF, caracterizada por trombosis en múltiples órganos, en un breve periodo de tiempo, con una mortalidad

mayor al 50%. Masculino de 34 años de edad con **Antecedentes:** carga genética para AR, DM2, HAS. Diagnóstico de SAAF primario desde hace 10 años en tx con ácido micofenólico, cloroquina, prednisona y omeprazol. Úlceras en extremidades inferiores secundarias a insuficiencia arterial desde hace 10 años. Trombosis venosa profunda en extremidades inferiores en el 2001 y 2003. Trombosis venosa profunda en brazo derecho en el 2008. HAS de 1 año de diagnóstico en tratamiento con losartán. Inicia su padecimiento hace 6 días con presencia de nueva úlcera en extremidad inferior, disnea leve, un episodio de hemoptisis, dolor torácico EVA 7/10 acompañado de sudoración profusa. Exploración física: TA: 140/80, FC 110, FR 22, T 36.5°C, Glasgow 15, buen estado de hidratación. Cuello con ingurgitación yugular, no soplos. Precordio rítmico, hiperdinámico, no soplos, no galope. Respiratorio con murmullo vesicular presente, no estertores, resonante a la percusión. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no megalias, peristalsis presente, no soplos. Extremidades superiores con fenómeno de Raynaud, inferiores con úlceras cutáneas extensas, no edema, pulsos presentes, llenado capilar inmediato. **Laboratorios:** BH, QS, C3, C4, Anticardiolipinas y ácido úrico sin alteraciones. VSG 72 mm/h. INR 1.86. B 2

glicoproteína 52.2 U/ml. EGO con proteinuria 30 mg/dl, glucosuria 50 mg/dl, leucocitos 10-12 cl/uL, bacterias moderadas. Eritrocitos 20-22 x campo. Proteinuria de 24 horas 680 mg/24 h. AngioTAC de tórax: trombosis pulmonar subsegmentaria apicoposterior izquierda de aspecto crónico. Neumonitis a considerar hemorragia alveolar en segmentos posterobasales derechos. Trombosis venosa subclavia derecha. USG doppler venoso: trombosis venosa aguda de subclavia y yugular derecha. EKG: con bloqueo completo de rama derecha del Haz de His. Biopsia de piel: Con datos de trombosis. Se clasifica como SAAF catastrófico otorgando como tratamiento 5 sesiones de plasmaféresis, prednisona, anticoagulación a dosis terapéutica y para el probable factor precipitante tipo IVU se indicó antimicrobiano. **Bibliografía:** Merashli M, Hassan M, Uthman I, Khamashta M. Antiphospholipid syndrome. Eur J Clin Invest 2015.

0534 Vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada por levamisol. Reporte de cuatro casos

Mayoral H0, Rivera E0, Arango J0, Ortega B0, Madera C0, Córdoba Á0, Argudo D0, Lugo F0, Cruz A0

O.SSA Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Antecedentes: El levamisol es un antihelmíntico con pro-

piedades inmunoestimulantes retirado para el uso humano por sus efectos adversos, no obstante desde el año 2000 se ha utilizado como adulterante de cocaína. Recientemente se ha descrito el síndrome de vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada con levamisol, a continuación se presentan cuatro casos consecutivos de este síndrome diagnosticados entre diciembre del 2014 y marzo del 2015 en el servicio de medicina interna del Hospital General de México. **Resultados:** Todos los pacientes fueron hombres entre 26-43 años (media 36.2), con consumo de cocaína por 2-19 años (media 12.6), consumo desde una vez cada 15 días hasta diario, un paciente cursó con trombosis venosa profunda 6 años previos requiriendo safenectomía, otro fue diagnosticado vasculitis por levamisol con complicaciones tromboticas e infecciosas requiriendo amputación supracondilea bilateral hace 3 años. Todos los pacientes presentaron lesiones eritematovioláceas simétricas, con progresión hasta necrosis entre 7 y 30 días previos al ingreso. En todos los casos las extremidades inferiores estaba afectadas, dos tuvieron involucro de extremidades superiores y pabellones auriculares. En los laboratorios con leucocitos totales de 2.4 a 8.6 $\times 10^3/\mu\text{l}$ (media 5.4), neutrófilos 1.1-5.9 $\times 10^3/\mu\text{l}$ (media 3.7), C4 4.9-27.4mg/dl (media 13.09) C3

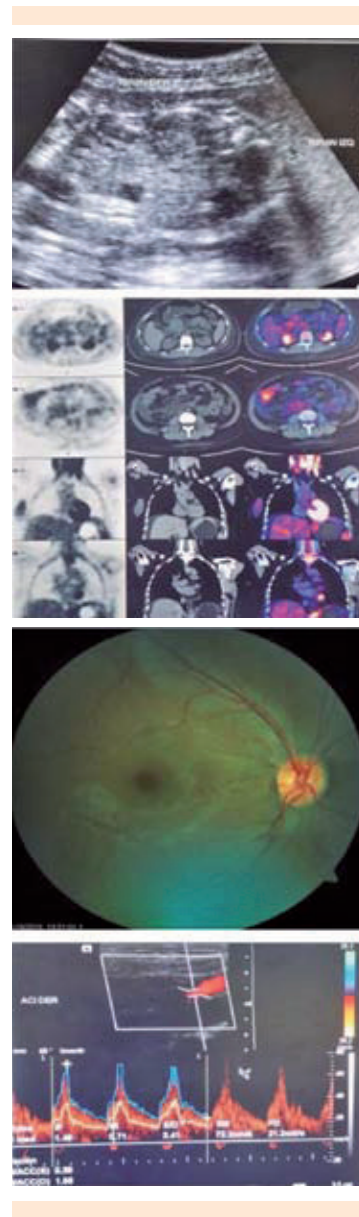
67.2-116mg/dl (media 90.47), c-ANCA 5.2-143.3 U/ml (media 40.8). Todos los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano, enoxaparina, y fueron egresados con prednisona y ASA. **Discusión:** El síndrome de vasculopatía cutánea asociada a cocaína adulterada por levamisol se presenta como púrpura retiforme con centro necrótico que afecta pabellones auriculares, brazos y piernas, en las pruebas de laboratorio destaca la presencia de c-ANCA, hipocomplementemia y leucopenia. En estos casos la presentación clínica es similar a la descrita, con leucocitos normales o leucopenia, y la mayoría mostraban hipocomplementemia, sin embargo el título de c-ANCA es menor al reportado en la literatura, aunque es escaso el estudio de este síndrome en población latinoamericana. **Conclusiones:** Se debe considerar este síndrome en vasculitis c-ANCA positivas, y es necesario profundizar el conocimiento acerca del mismo en México.

0550 Arteritis de Takayasu en el embarazo

Legorreta J0, Cruz M0, Rivera D0, Acosta N0, Gamez A0, Chacon V0, Ruiz A0
O.OTRA Centro Médico ISSE-MYM Ecatepec

Femenino de 34 años de edad quien en 2004 sufrió de infarto cerebral de ACM-M2, por arteritis de Takayasu, se trató con

metrotexate y Prednisona que suspendió. En diciembre 2014 se realiza prueba de embarazo, con control prenatal en medio privado. 3 meses después acude a 1er consulta en perinatología, encuentran TA 170/110mmHg, proteinuria de 11g/día; creatinina de 1.5mg/dl, embarazo



de 29sdg; se inicia esquema de maduración pulmonar. El feto con poliquistosis renal unilateral y restricción del crecimiento intrauterino. Por hipertensión refractaria, se finaliza embarazo a las 32sdg, producto de peso 950g, APGAR 8-9. Se inicia metotexate 25mg/semana, Prednisona 60mg/día. Angiorresonancia: carótida primitiva derecha estenosada en 80% calibre regular. PET Scan: incremento del metabolismo de aorta ascendente, cayado aórtico, y abdominal.

Discusión: Takayasu tiene una alta incidencia en restricción de crecimiento fetal. Tratamiento es con esteroides, metotexate y azatioprina.

0558 Vasculitis inducida por levamisol

Rivera AO, Acosta NO, Rodríguez SO

O.Otra Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Masculino de 45 años de edad, consumidor de Crack desde hace 15 años de manera regular 2 g/semanales, sin otros padecimientos de relevancia, Inicia padecimiento hace 1 mes presentando lesiones violáceas en ambos oídos acompañado de dolor de tipo punzante de intensidad 6/10 en escala visual analógica sin atenuantes, exacerbándose al consumo de crack, sin recibir tratamiento alguno, posteriormente se agregan lesiones de las mismas características en región

malar, labio superior, nariz y prepucio las cuales aumentan en extensión gradualmente, se da tratamiento con metilprednisolona 1 g/día por 3 días, así como prednisona 10mg/día con mejoría. Se toma estudio por ELISA de ANCAS con resultado de P-ANCA 72U/mL, se toma biopsia de piel reportándose vasculopatía trombótica, dichos datos compatibles con vasculitis inducida por levamisol secundaria a contaminación de Crack (cocaína).



0569 Reporte de caso: perniosis como manifestación inicial de un masculino con síndrome antifosfolípido

Solís S, López M, Arrieta M, Lemus J, Parra A, Viguera A, Gama U, Vázquez S

SSA, Hospital General de Pachuca.

Antecedentes: La perniosis consiste en el desarrollo de lesiones inflamatorias, eritematosas y pruriginosas, de localización acral, tras el contacto con el frío. Puede verse como trastorno aislado en un individuo por otra parte sano, o en el contexto de enfermedades como: trastornos asociados a bajo peso;

enfermedades de origen genético y procesos autoinmunes.

Informe del caso: Masculino de 22 años con carga genética de psoriasis. Acude por cuadro clínico subagudo de síndrome hemorragíparo. A la exploración física llama la atención dermatosis diseminada a pabellones auriculares y dedos constituida por placas pápulo nodulares, azul violáceas, de distribución bilateral y simétrica con escama fina desencadenadas con la exposición al frío acompañadas de prurito y dolor, de más de seis meses de evolución. No se encontró hepatoesplenomegalia. Se documentó trombocitopenia; aspirado de médula ósea reportó ausencia virtual de serie megacariocítica; serologías de anticuerpos anticardiolipinas IgG, IgA e IgM así como β -2 glicoproteína y determinación de anticoagulante lúpico elevados. Los anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti doble cadena de ADN por inmunofluorescencia y antipéptido cíclico citrulinado se reportaron negativos. En la biopsia de piel y de cartílago auricular se reportó edema en la dermis papilar y marcado infiltrado mononuclear perivascular en la dermis superficial. Se inició tratamiento con calcio antagonista y metilprednisolona 1 g por día vía intravenosa durante tres días con dosis de reducción y azatioprina a dosis 1 mg/kg/día, así como esteroide de baja potencia y queratolítico vía tó-



pica. Clínicamente el paciente evolucionó satisfactoriamente además de mantener conteo plaquetario por encima de 100,000 plaquetas. Fue revisado en citas de seguimiento durante 4 meses sin alteraciones patológicas. **Comentarios:** La perniosis con frecuencia afecta en mayor medida a las mujeres que a los varones. A menudo también existe una predisposición familiar a desarrollar lesiones idénticas, sobre todo durante la adolescencia y adultos jóvenes. En varones de edad media o avanzada el desarrollo de perniosis puede ser el reflejo de un trastorno hematológico. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos, ya sea en contexto de lupus eritematoso o síndrome antifosfolípido primario, se ha asociado a desarrollo de perniosis en adultos y niños pero es infrecuente.

0593 Policondritis recidivante y esquizofrenia. Reporte de un caso

Perez M, Lamuño M, Hernandez J, Romero G
SSA, Hospital General Zona Norte de Puebla.

La policondritis recidivante (PR) es una rara enfermedad autoinmune. Fue descrita en 1921 por Jaksch-Warternhorst y denominada policondropatía en 1923. McAdam estableció los criterios diagnósticos en 1976, siendo actualizados por Jung en 1996. Se caracteriza

por episodios recurrentes de inflamación de tejidos cartilaginosos principalmente conducto auditivo interno (CAI) y externo (CAE), nariz, articulaciones, tracto respiratorio y tejidos ricos en proteoglicano como ojos, corazón y vasos. La etiología es desconocida, sin embargo en la patogenia hay involucro de células T y formación de complejos de anticuerpos en cartílago afectado mediante la respuesta celular y humoral contra colágeno tipo II. No hay predilección por raza, edad o género, pero se observa un pico en la quinta década de la vida, raza blanca y predominio en mujeres. La base del tratamiento son corticosteroides sistémicos aunque se han reportado algunos beneficios con anticuerpos monoclonales e inmunosupresores. Se presenta masculino de 43 años, con Trastorno bipolar en tratamiento con valproato de magnesio y risperidona, cuadro de 6 meses de evolución con aumento de volumen en CAE bilateral de predominio derecho, otoscopia con afección bilateral con tapones de cerumen y pabellones auriculares con neoformaciones subdermicas en áreas de fosa triangular, fosa escafoidea hasta el antihelix, con pérdida anatómica de la concha del CAE. Hemograma con eosinofilia, neutropenia, linfocitosis y monocitosis, perfil de coagulación normal, Serología para sífilis Negativo, Proteína C Reactiva 1.8mg/dL, velocidad de sedi-

mentación globular 10mm/hr, factor reumatoide < 20UI/mL, Antiestreptolisinas < 200UI/mL, ecografía muestra seroma auricular, pericondritis con hipertrofia, traumatismo antiguo con depósitos de calcio en CAE, panel inmunológico (Anticuerpos Anti-DNA nativo y antinucleares) negativo. Biopsia de cartílago de CAE derecho reporta condrocitos vacuolados, pérdida de la tinción basófila, sustitución de cartílago con tejido fibroso, infiltración de células mononucleares y polimorfonucleares. Nuestro paciente cumplió con 3 criterios diagnósticos, con respuesta a corticoesteroides, no se encontró asociación entre fármacos ni patología psiquiátrica como causa desencadenante.

0657 Caso clínico: lupus eritematoso sistémico con afección renal síndrome nefrótico y afección neurológica con polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante

Lima O
IMSS, Hospital General Gaudencio Gonzalez Garza, Centro Médico Nacional La Raza.

Paciente masculino de 37 años de edad, sin enfermedades previas. Inicia 3 meses previos con parestesias en miembros inferiores, disestesias, 20 días posteriores inicia debilidad en miembros inferiores con progresión a miembros superiores, progresa a tetraparesia al mes

y medio, pérdida de peso de 20 kg durante estos 3 meses y diaforesis. A su ingreso alerta, conciente, con frote pericárdico, con fuerza muscular 1/5 en escala de Daniels en las 4 extremidades, con hipoestesia, e hiporreflexia miotática. Babinsky negativo, con edema en 4 extremidades, pérdida control de esfínteres. Durante su estancia cursa con episodios de fiebre de hasta 38.5° sin afección en biometría hemática, URocultivo y hemocultivos sin desarrollo, episodios de psicosis, serositis por pericarditis y derrame pericárdico en Ecocardiograma; síndrome nefrótico proteinuria 12.42g/L, albuminuria de 3.73 g/24 horas, relación proteinuria/creatinina de 143, depuración de Creatinina 151mL/min,Creatinina 0.13,Urea 23mg/dL; edema generalizado; hiperlipidemia Colesterol:444mg/dL, Triglicéridos 311mg/dL, HDL 45.1, LDL 336.7; hipoalbuminemia 1.3g/dL e hiponatremia 133mmol/L. Glucosa 85mg/dL, AST 91.2U/L, ALT 80.1U/L, LDH 649U/L,FA 165 U/L,CK 422U/L,CK-MB 29.9U/L. Perfil hormonal, Pannel viral, TORCH, Marcadores tumorales negativos. USG y TC abdominal con presencia de líquidos libre en todos los espacios peritoneales, resto sin alteraciones. Ante sospecha de LES se solicita AAN (CLIA) >12 +,AAN (IFA) homogéneo 1:160, ADNA 39 +,Anticardiolipina IgG e IgM negativo. p-ANCA negativo. c-ANCA/PR3 ELI-

SA 6.13 dudoso. C3 32.6mg/dL,C4 9.8mg/dL IgA 323mg/dL,IgG 499mg/dL,IgM 74.5mg/dL,IgE 106 UI/ml. Coombs directo negativo. Paciente que cumple con más de 4 criterios del Colegio Americano de Reumatología, para LES. Por tetraparesia flácida y arrefléxica, con hipoestesia, con afectación esfinteriana vesical y fecal, estudio de electromiografía con Polirradiculoneuropatía con afección sensorial y motora del tipo Degeneración Axonal y desmielinización secundaria, con Análisis de líquido cefalorraquídeo: transparente, coagulo con retención celular,LDH 63U/L, Proteínas132mg/dL,Glucosa 39.6mg/dL.Se integra el Dx Polineuropatía crónica Inflamatoria Desmielinizante. Tx bolos metilprednisolona durante 3 días y bolo de Ciclofosfamida 1g IV, con disminución edema y proteinuria, sin mejoría de fuerza muscular

0660 Comparación de 5 escalas de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes

con artritis reumatoide en un hospital universitario

Serna G, Galarza D, Colunga I, Cárdenas J, Vera R
Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL.

Antecedentes: A pesar de ser reconocido el aumento del riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con artritis reumatoide (AR) es poco evaluado y tratado. Las escalas de RCV son herramientas que guían acciones preventivas, pero su utilidad en AR es controversial.

Objetivo: Estratificar el RCV en pacientes con AR mediante escalas usadas en la población general (ACC/AHA, QRISK II, Framingham, SCORE, Reynolds). **Material y métodos** Estudio prospectivo, observacional, de una cohorte de 93 pacientes con AR de la clínica preventiva de Cardio-Reuma del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL. resultados Al comparar las 5 escalas entre sí, todas mostraron una diferencia significativa a ex-

ACC/AHA 2013, mediana (p25-p75)	2.8 (1.2-6.2)
Framingham lípidos, mediana (p25-p75)	6 (3.3-9.25)
Framingham IMC, mediana (p25-p75)	7.9 (4.4-11.9)
QRISK2, mediana (p25-p75)	6.2 (2.6-12.3)
Escala de Reynolds, mediana (p25-p75)	2 (1-3.5)
SCORE, mediana (p25-p75)	1 (1-3.5)

	ACC/AHA 2013	FRS lípidos	FRS IMC	QRISK2	RRS
ACC/AHA 2013		p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
FRS lípidos	p<0.001		p<0.001	p=0.964	p<0.001
FRS IMC	p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001
QRISK2	p<0.001	p=0.964	p<0.001		p<0.001
RRS	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	

cepción de Framingham-lípidos y QRISK II. Todas las escalas obtuvieron una mediana de bajo RCV. **Conclusiones:** La discordancia entre escalas puede ser explicada por la “paradoja de los lípidos” (LDL bajo, HDL bajo) asociada a mayor inflamación en AR, por lo que el riesgo puede ser subestimado.

0676 Dacrioadenitis como manifestacion excepcional en poliangitis microscopica

Olvera R, Montes R, Uriarte J
Otra, Hospital Central Militar

Antecedentes: Las vasculitis se caracterizan por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos que pueden involucrar vasos arteriales de todos los diámetros y de cualquier órgano, lo que explica la variedad de manifestaciones clínicas desde cuadros limitados a un órgano hasta vasculitis sistémicas con manifestaciones graves y evolución potencialmente fatal. Las vasculitis sistémicas primarias asociadas a ANCAS involucran pequeños vasos, se estima una incidencia aproximada de 10 casos por año afectando en forma predominante pulmón y riñón. Sin embargo la afección ocular se presenta hasta en 50-60% de casos manifestándose como escleritis, uveitis o inflamación orbitaria, siendo la granulomatosis con poliangeitis la causa más común de inflamación orbitaria. Los síntomas de inflamación orbitaria pueden ser proptosis, diplopia

, eritema y dolor en orbita ,cualquier estructura orbitaria puede ser afectada incluyendo grasa , nervios, músculo y glándulas lagrimales . La dacrioadenitis pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias orbitarias cuya causa principal de dacrioadenitis aguda son infecciones virales o bacterianas sin embargo en la etiología de dacrioadenitis crónicas se debe investigar tuberculosis, neoplasia, sarcoidosis, vasculitis , sjogren y pseudotumor orbitario entre otras. **Objetivo:** Identificar la dacrioadenitis como manifestación de inflamación orbitaria relacionada a vasculitis. **Descripción del caso.** Masculino con evolución de tres meses con dolor e hiperemia ocular así como diplopia intermitente , se agrega un mes después sinusitis y en las ultimas 3 semanas pérdida de peso de 6 kilos y fiebre sin respuesta a antibióticos de amplio espectro. En tomografía de senos paranasales como hallazgo se reporta lesión tumoral en glándula lagrimal derecha a la que se realiza biopsia así como por sospecha de neoplasia se realiza tomografía de tórax donde se encuentran nodulos pulmonares bilaterales e imágenes en vidrio despulido bilaterales realizando biopsia pulmonar por broncoscopia. Por síntomas constitucionales , inflamación orbitaria y pulmonar se indica descartar patología de origen neoplásico, autoinmune e infeccioso . Los estudios

analíticos reportan proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular elevadas, biometría hemática con leucocitosis y neutrofilia, creatinina 1.0 , pruebas de función hepática normales, examen general de orina con eritocituria, 1252mg de proteínas en orina de 24h, con reacción en cadena de polimerasa negativa para tuberculosis, Virus de inmunodeficiencia adquirida negativo, marcadores tumorales negativos, citología de cepillado bronquial negativo para malignidad, inmunofluorescencia para anticuerpos contra citoplasma de neutrófilo patrón perinuclear positivos 1:640 con mieloperoxidasa positiva 84 (20). Reporte histopatológico de glándula lagrimal con hiperplasia linfocitaria folicular y fibrosis del estroma. Con los hallazgos descritos se establece diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos con afección en órbita y pulmonar iniciando tratamiento con prednisona y ciclofosfámidas logrando remisión de fiebre y síntomas oculares. **Conclusiones:** Se pone de manifiesto la importancia de una minuciosa historia clínica y abordaje multidisciplinario para el diagnóstico de vasculitis primarias , ya que los síntomas aparecen de forma gradual en el lapso de semanas a meses, sin parecer tener relación entre sí .Debe considerarse el diagnóstico diferencial de vasculitis primarias en pacientes con inflamación orbitaria idiopática. En el caso

en cuestión se considero el diagnóstico de poliangieitis microscópica ya que el 50-80% de casos con mieloperoxidasa positivo corresponde a poliangieitis microscópica además de no encontrar granulomas en biopsias realizadas.

0678 Prevalencia de afección orgánica grave de acuerdo a escala de Medsger en una cohorte de pacientes mexicanos con esclerosis sistémica

Guerra K

Imss, UMAE Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza.

Antecedentes: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica del tejido conjuntivo, que se distingue por una excesiva producción de colágena, alteraciones vasculares y del sistema inmune. Se clasifica en ES difusa (afección generalizada de piel) y ES limitada (afección de piel distal). Ambos subtipos cursan con afección orgánica de severidad variable **Objetivo:** Determinar la prevalencia de afección orgánica grave en pacientes con ES en las fases temprana y tardía mediante escala de severidad de Medsger. **Método:** Estudio transversal en hospital de tercer nivel. Se incluyeron: pacientes con diagnóstico de ES (criterios del American Collage of Rheumatology). Se excluyeron pacientes con afección aguda del órgano evaluado y expedientes incompletos. Se aplicó la escala de severidad de

Medsger que consiste en 9 ítem (General, vascular periférico, piel, articular, musculo, gastrointestinal, pulmón, corazón y riñón). La fase temprana vs tardía de ES difusa se consideró como menor o mayor a 3 años respectivamente; y en ES limitada como menor o mayor a 5 años respectivamente. **Resultados:** Fueron 108 pacientes (102 mujeres y 6 hombres), edad promedio 55 años. La prevalencia de ES variedad difusa fue del 57.4% (62 pacientes), y la variedad limitada fue de 42.5% (46). La afección orgánica grave se observó en 36 (33.3%) pacientes; de estos 24 con ES difusa y 12 con ES limitada. En la variedad difusa los órganos con afección grave fueron: pulmonar 15 (62.5%), vascular periférico 5 (20.8%), nivel general 3(12.5%), renal 2(8.3%) y gastrointestinal 1 (4.1%), la mayoría en fase tardía. En pacientes con ES limitada se manifestó: 9 a nivel vascular (75.0%), 1 a nivel general (8.3%), 1 cardiaco (8.3%) y 1 pulmonar (8.3%). La edad y la manifestación inicial de la ES no se asoció a mayor severidad de la enfermedad. Análisis estadístico: Chi2. **Conclusión:** En pacientes con ES la afección grave mediante escala de Medsger se encontró en más de una tercera parte y se manifestó principalmente a nivel pulmonar en la ES Difusa en fase tardía y a nivel vascular periférico en ES limitada en la fase tardía, con un predominio

significativo de HAP leve comparado con la Difusa.

0681 Neumatosis intestinal en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)

Flores C0, Carazo G1, Velázquez M1, González M1, Meza P2

0.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca Secretaria de Salud; 1.Imss, Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2.IMSS, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca

Introducción: Las enfermedades del tejido conectivo, afectan de diferente manera los aparatos y sistemas del organismo. La afección gastrointestinal puede ser como consecuencia de daño directo de la enfermedad, así como por efectos secundarios de las terapias empleadas para el control de las mismas. **Objetivo:** Dar a conocer una de las manifestaciones gastrointestinales que se deben sospechar en una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) y dolor abdominal. **Material y métodos:** Reporte de caso: Femenino de 29 años de edad, antecedentes; LES y cáncer de endometrio por rama materna. Tabaquismo positivo durante 2 años actualmente suspendido. Diagnóstico de LES hace 1 año y medio, tratamiento con cloroquina 150mg/día, azatioprina 50mg/día, metotrexato 7.5mg/semana, ácido fólico 5mg/día, prednisona 50mg/día(dosis variables hasta 25mg/

día) al momento de presentación del cuadro abdominal tomaba 50mg/día. Inicia cuadro de 1 día de evolución dolor abdominal intensidad 10/10, localizado en hipogastrio, tipo cólico, irradiado a región lumbar, mesogastrio y epigastrio, acompañado de náusea, vómito gastrobiliar. Laboratorio; leucocitos 24,600, hemoglobina 15.3, plaquetas 232,000, neutrófilos 21,000, linfocitos 2,400. Examen general de orina proteínas 300mg/dL, leucocituria 4-6x/C. Evolución con distensión abdominal, dolor abdominal, náusea, peristalsis disminuida, rebote positivo generalizado, radiografías de abdomen fig 1, TAC de abdomen fig 2. Reporte postquirúrgico; colon dilatado, hiperlaxitud de tejidos, vólvulos de ciego, compromiso vascular de colon transversal y neumatosis intestinal de colon ascendente, se realiza hemicolectomía derecha ampliada e ileostomía terminal. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fig 3. Su evolución fue satisfactoria. **Discusión:** En las manifestaciones abdominales del LES no se tiene una prevalencia, hay situaciones como neumatosis intestinal, que pueden tener un curso benigno, sin embargo cuando se asocian a vasculitis o enterocolitis necrotizante, el diagnóstico y tratamiento oportuno es de gran importancia en la evolución. Conclusiones Debido a que la prevalencia no bien establecida de las manifestaciones a nivel

gastrointestinal del LES, es importante la presentación de un caso que puede tener impacto en la morbilidad de los pacientes con LES. El diagnóstico oportuno y resolución quirúrgica como en éste caso es determinante en el pronóstico del LES con manifestaciones gastrointestinales. **Bibliografía:** 1. Xin-Ping Tian, Xuan Zhang. World J Gastroenterol. 2010; 28; 16(24): 2971-2977. 2. Mok CC. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2005;19,(5), 741-66. 3. Lee CK, Ahn MS, Lee EY, et al. Ann Rheum Dis 2002; 61:547.

0685 Mielopatía por síndrome de anticuerpos antifosfolípidos(SaF): a propósito de un caso

Flores C, Badillo , Meza P
SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad, Ixtapaluca.

Introducción: El SaF es un padecimiento autoinmune de etiología desconocida, es el resultado de la interacción de factores ambientales, hormonales y genéticos (asociación con moléculas del CPH. Es definido por eventos trombóticos (arteriales y/o venosos), abortos de repetición, livedo reticularis, trombocitopenia, anemia hemolítica y alteraciones neurológicas con títulos altos de antifosfolípidos(aFL). **Objetivo:** Dar a conocer una de las manifestaciones inusuales neurológicas de SaF. **Material y métodos:** Reporte de caso.

Femenino de 43 años, antecedentes; cefalalgia tipo migraña de 1 año de evolución tratada con analgésico, hospitalizada 6 meses previo en hematología por trombocitopenia grave hasta 3000 plaquetas, se manejó con concentrados plaquetarios 3 bolos de metilprednisolona con mejoría de cifras de plaquetas, se egresó con prednisona dosis reducción a la CE de hematología. Cuadro de 20 días de evolución con malestar general, náusea, vómito, cefalalgia de tipo migrañosa intensidad 10/10, disminución de la fuerza muscular 4 extremidades de predominio extremidades pélvicas, dolor y distensión abdominal, con retención aguda de orina tratada extrahospitalaria con sonda vesical. A su ingreso quejumbrosa, dolor difuso abdominal, rebote positivo generalizado, se realiza TC abdomen contrastada sin evidencia de lesión que amerite tratamiento quirúrgico, fuerza muscular proximal y distal MsTs 375, MsPs 1/5, hiperreflexia generalizada, disestesias en extremidades. Respuesta plantar extensora bilateral. Laboratorio; Hb 13.4, leucos 9200, plaquetas 205,000. PCR ultrasensible 23.68, VSG 15, C3 122, C4 9.37, CH 50 80.7. EGO eritros 5-10xC, leucos 0-2xC. LCR con hiperproteínorraquia. Marzo 15; B2GP1 IgM 40, aCL IgM 56.79, anticoagulante lúpico 2.7. Agosto 15; aCL IgM 96.32, anticoagulante lúpico 2.2, antinucleares nucleolar

1:320. Neuroconducción N. mediano bloqueo completo conducción radiculo-medular cervical. Peroné bilateral bloqueo completo componente radiculo-medular lumbar. TC contrastada infartos lacunares periventriculares. RMN alteraciones en la intensidad cervical hasta cono medular sugestivos de infarto medular. **Discusión:** Dentro de las manifestaciones neurológicas se encuentra trombosis, crisis convulsivas, corea, migraña, disfunción cognitiva, depresión, psicosis, neuropatía periférica, Guillain-Barré y mielitis transversa ésta última rara.

0696 Úlceras genitales como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado, a propósito de un caso

Espinosa J, Ilizaliturri O, Ibarra H, Colunga I, Villarreal M, Galzarza D

Universitario, Hospital Universitario José Eleuterio Gonzalez.

Femenina de 18 años con cuadro de úlceras en región inguinal indoloras además de fiebre intermitente e historia de úlceras orales, autolimitadas, de 3 semanas de evolución previa ingreso, por lo que acude a su valoración, se toman biopsias cutáneas y se muestran laboratorios las cuales reportan una pancitopenia, sin afección renal, hepática, elevación de DHL, con VDRL, Gram de úlceras, HIV, VHB y C negativos; se toma aspirado MO sin alteraciones, se envía Combs directo



positivo, con serología, AAN positivo 1:2560 patrón homogéneo, DNA-dc positivo 1:240, p-ANCA falso(+), c-ANCA, Anti Proteinasa 3, mieloperoxidasa, SSA, SSB, Sm, FR, B2 glicoproteína, RNP negativos, cardiolipinas IgM positivo, IgG negativo. negativo, C3 normal y C4 bajo, reportando la histopatología infiltrado inflamatorio crónico, linfoplasmocítico perivascular. Se inicia Prednisona Hidroxicloroquina; posteriormente, Metilprednisolona por 3 dosis, con mejoría clínica por lo que se decide continuar manejo ambulatorio.

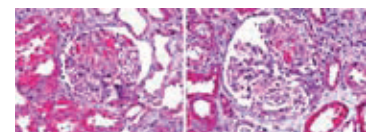
0707 Vasculitis sistémica. Poliangeitis con granulomatosis

Hernandez J, Olvera A, Vargas A

SSA, Hospital General de León.

Masculino 42 años Expediente: 15-914990 Ingreso: 27 de abril de 15 Inicia en dic.14 con rinorrea hialina, coriza, prurito nasal, epistaxis En mar.15 presenta cefalea holocraneana y fiebre no cuantificable.

Edema de extremidades inferiores y manchas purpúreas. Hiperemia conjuntival, nariz asimétrica, deformada. Al ingreso con evidencia de una falla renal aguda, el examen general de orina con presencia de proteínas: 75 mg/dL; Hb: 250 /mL; eritrocitos; 932/mL; leucocitos 77/UL. Anticuerpos antinucleares: negativos; antiDNA: negativo; anticuerpos anticardiolipina: negativos; Coombs directo: negativo; proteína C reactiva: 376.2 mg/dL; factor reumatoide: 72.5 UI/mL; VSG: 64 mm/h. 30.abr.15. Nefrología: ante la sospecha de una Glomerulonefritis rápidamente progresiva. 12.may.15. Biopsia renal, reportando Glomerulonefritis proliferativa extracapilar necrosate pauciinmune, Fibrosis intersticial,





Glomerulonefritis rápidamente progresiva asociada a ANCA-c, necrosante extracapilar.

0708 Hepatitis autoinmune y lupus eritematoso sistémico en una paciente con sangrado de tubo digestivo e hidrotórax hepático: presentación de un caso clínico

Buendía E, Sánchez A, Moreno F, Sámano A, Amigo M
Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC..

La aparición de hepatitis aguda y lupus eritematoso sistémico (LES) es poco frecuente, sus etiologías son múltiples: farmacológica, infecciosa, autoinmune o atribuibles a LES. Presentamos el caso de una paciente con hepatitis autoinmune (HAI) que durante su evolución desarrolló LES. **Resumen:** mujer de 66 años, antecedentes: diabetes, psoriasis, HAI de 6 meses de diagnóstico, sin criterios para inicio de esteroides y consumo de AINES por dolor articular. Inició su padecimiento actual con fiebre, melena, dolor abdominal en epigastrio y encefalopatía. A su ingreso con Glasgow de 14, derrame pleural derecho y dolor abdominal en epigastrio a la palpación, se realizó endoscopia con úlcera gástrica no sangrante, radiografía de tórax con derrame pleural derecho masivo, toracocentesis con características de trasudado, se da tratamiento conservador. Posteriormente con tórpidamente

lución: recurrencia de derrame pleural, síndrome anémico y prolongación de tiempos de coagulación, nueva endoscopia sin cambios, se realizó toracoscopia y pleurodesis con hallazgo de diafragma fenestrado, posteriormente presenta crisis convulsiva tónico clónica generalizada, encefalopatía, TAC de cráneo y EEG sin hallazgos relevantes, se descartaron causas que pudieran explicar los síntomas sistémicos. Estudios de laboratorio y gabinete: hemoglobina 11.2g/dl, plaquetas 125,000 mil/mm³, glucosa 226mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, electrolitos normales, FAL 228, BT 2.3 BD 1.5 BI 0.8 ALB 1.9 TGO 160, TGP 93, FAL 228, BT 2.3 BD 1.5 BI 0.8, INR 2 Globulinas: IgG 3010 IgM 276, IgA 445 Electroforesis de proteínas: Albumina 2.5g/dl, alfa 1 0.3 g/dl, Alfa 2 0.50 g/dl, Beta 0.6 g/dl gamma 3.4 g/dl. TGO 144, TGP 95, GGT 231, panel viral de hepatitis negativo; ANAs 1:640 patrón homogéneo, anti DNA dc >1000, Anti-MPO positivos, anti musculo liso positivos, anti LKMA negativos, anti RNP positivos, anti-mitocondriales negativos, complemento sérico disminuido, Quantiferón negativo. Gammagrama hepatoesplénico con relación hígado/bazo adecuada, distribución homogénea. **Conclusiones:** La serología de esta paciente es compatible con HAI tipo 1 y en el seguimiento, serología compatible para LES con actividad en múltiples sis-

temas (hematológica, sistema nervioso central, articular y serosas). Ésta asociación es rara (2.7%) por lo que se requiere alta sospecha clínica además de manejo multidisciplinario.

0710 Enfermedad de Still del adulto: Reporte de un caso

Alvarez J, Mena J, Gutierrez I, Turrent A
Privado, American British Cowdray (ABC) Medical Center.

La enfermedad de Still es una enfermedad inflamatoria poco frecuente, se ha reportado una incidencia de 0.16 por 100,000 personas/año. Su etiología es desconocida actualmente, pero se considera multifactorial. Se caracteriza por fiebre, exantema asalmonado evanescente, artritis, faringitis, linfadenopatía, esplenomegalia e involucre hepático. Los reactantes de fase aguda y ferritina se encuentran elevados. El diagnóstico es de exclusión y es necesario descartar enfermedades infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. El tratamiento depende de las manifestaciones clínicas e incluye antiinflamatorios no esteroideos, esteroides y tratamiento biológicos. Las complicaciones son poco frecuentes e incluyen una poliartritis erosiva que lleva a incapacidad funcional, síndrome hemofagocítico y amiloidosis secundaria. Se trata de una mujer de 16 años de edad con un cuadro de más de tres semanas de evolución caracterizado por dolor faríngeo, adenomegalias

cervicales dolorosas, artritis en hombro derecho, muñecas, rodillas y tobillos, cervicalgia intensa, exantema asalmonado en tórax anterior, muslos, palmas y plantas, además de fiebre diaria vespertina de hasta 39° C. Previamente recibió dos ciclos de tratamiento con amoxicilina clavulanato y claritromicina con mínima respuesta. Al examen físico destacaban adenomegalias cervicales de 1 cm de diámetro, bilaterales móviles y dolorosas, sinovitis en ambas rodillas y en hombro izquierdo, exantema rojizo máculo-papular lanceolado en tórax anterior y en cara interna de muslos, además en palmas y plantas con un exantema macular eritematoso no palpable. En sus estudios destacaba leucocitosis de 28,600 con predominio de neutrófilos (92%), PCR ultrasensible de 20.45 mg/l, VSG en 89, ferritina de 1863, sin datos de sobrecarga de hierro, anti-nucleares negativos, factor reumatoide negativo, complemento normal. Se descartaron procesos infecciosos por medio de laboratorios, cultivos y serologías virales. De acuerdo a los criterios de Yamaguchi (sensibilidad 96%; especificidad 92%) integramos el diagnóstico de enfermedad de Still cumpliendo los 4 criterios mayores y 2 de los menores. La paciente recibió tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, prednisona 10 mg cada 24 horas, con remisión de la fiebre, el exantema y resolución completa de la artritis.

0726 Púrpura de Henoch Schonlein en paciente femenino de 42 años de edad

Calvo V, Goicoechea E

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Femenino de 42 años de edad con reciente diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Inició el 31.05.15 con malestar general y aparición de lesiones milimétricas en tobillos que se extendieron en miembros pélvicos, así mismo presentó dolor articular de predominio en codo izquierdo intensidad 5/10 que posteriormente limitó la movilidad por lo que acudió a Centro de Salud donde únicamente diagnosticaron hipertensión arterial sistémica. El 02.06.15 acudió al servicio de Urgencias de este hospital donde, tras hallazgo de lesiones purpúricas, fue referida al servicio de Dermatología y valorada el 05.06.15. Se encontró con dermatosis diseminada a miembros pélvicos que afectaba de forma bilateral y simétrica piernas en todas las caras, dorso de pies, muslos en todas las caras y, escasamente, abdomen inferior, caracterizada por petequias y púrpura palpable, algunas confluyendo y formando placas de hasta 3cm de diámetro. Se decidió toma de biopsia tipo punch El 06.06.15 inició con evacuaciones disminuidas en consistencia acompañadas de rectorragia, dolor abdominal generalizado de tipo urente,

9/10 y 8 emesis de contenido gastroalimentario moderada cantidad. El 08.06.15 decidió acudir al servicio de urgencias de este hospital. A su llegada al área de triage se encontró con lesiones purpúricas diseminadas en miembros pélvicos y dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda. A su ingreso con Leu 15.1 Neu 13.6 Lin 0.9 Hb 19.3 Hto 57.7 Plt 262 BUN 31 Cr 1.43 Alb 2.65 pH 7.32 Pco2 20.2 pO2 68.8 HCO3 10.3 Lac 3.2 por lo que se decidió su ingreso al área de observación. El 09.06.15 se comentó caso con el servicio de Medicina Interna para valoración y manejo, decidiendo su ingreso a piso. El 11.06.15 se recibió reporte de biopsia la cual reportó: Diagnóstico histopatológico de vasculitis leucocitoclástica (compatible con púrpura de Henoch Schonlein). El 12.06.15 se realizó recolección de orina de 24 horas que reportó microalbúmina en 6562.5. El 15.06.15 se visualiza a microscopio sedimento urinario con cilindros epiteliales y leucocitarios. El 16.06.15 se realizó colonoscopia que reportó colopatía inespecífica. El 17.06.15 se reportaron estudios inmunológicos (Anticuerpos antiDNA, antinucleares, anti Sm, anti SSA, anti SSB) negativos, C3 113, C4 23, Col 171, albúmina de 1.39. Dado el nivel de microalbuminuria y albúmina sérica se inició captopril 25 mg cada 8 horas.



0733 Prevalencia y manifestaciones clínicas de casos de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (Tb) en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)

Cameras M1, Vera O1, Sepulveda J2, Pineda L1, Cruz M1, Mendoza S1

1.IMSS, Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, 2.SSA Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune que requiere del uso de inmunosupresores, situación que incrementa la susceptibilidad a infecciones. La Tb es una de ellas y su búsqueda intencionada en pacientes con LES y datos clínicos, es mandatoria. **Objetivo:** Medir la prevalencia de Tb y las manifestaciones clínicas en una cohorte de pacientes con LES. **Métodos:** se diseñó un estudio transversal que incluyó expedientes de pacientes con LES atendidos entre 2010-2015 en el HRAE Ciudad Salud y el CMLR. El diagnóstico de Tb se realizó por RT-PCR, cultivo o estudio histopatológico (EHP). Se registraron las principales manifestaciones clínicas, SLEDAI al diagnóstico de Tb, tiempo de evolución de los síntomas, tipo de Tb, afección orgánica de LES, historia de inmunosupresión, enfermedades concurrentes y tratamiento otorgado para Tb. Se realizó estadística descriptiva mediante

frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. **Resultados:** De 250 pacientes con LES, se registraron 12 casos de Tb. El tiempo de evolución de LES fue de 6.6 ± 3.2 ; el tipo de LES al diagnóstico fue: renal: 7, hematológico: 4 Neuropsiquiátrico: 2 articular: 6 mucocutáneo. La frecuencia de inmunosupresores utilizados previo al diagnóstico de Tb fue: (MFM: 6, azatioprina: 7, CyC: 5, esteroide oral o IV: 12, Rituximab: 3 pacientes. Las enfermedades concurrentes fueron: HAS: 5 (41.6%) ERC: 4 (33.3%), trombosis venosa previa: 3 (25%). La prevalencia de Tb fue del 4.4%, la edad promedio al diagnóstico fue de 43.5 ± 9.06 años; el tipo de Tb fue: extrapulmonar: 8 (66.6%), diseminada: 1 (8.3%) y pulmonar: 3 (25%). Las principales manifestaciones clínicas asociadas a la TB fueron: (Fiebre: 11 (91.6%) hiporexia: 3 (25%), pérdida de peso 5 (41.6%) Astenia: 7 (58.3%) cefalea: 3 (33.3%), hematuria: 2 (16.6%). El diagnóstico de Tb fue por: Baciloscopia: 6 (50%), EHP: 1 (8.3%) paciente con TB miliar falleció por complicaciones de tratamiento antifímico. Actividad de la enfermedad al momento del diagnóstico: 4 SLEDAI promedio DE: 11.5 ± 4.9 inactividad: 4 **Conclusiones:** La prevalencia de TB en pacientes con LES fue de alrededor 4% siendo su principal

forma la extrapulmonar. El dx. de Tb en pacientes con LES activo es difícil debido a que ambas enfermedades comparten manifestaciones clínicas.

0734 Pancreatitis crónica autoinmune y pseudotumor como manifestación de enfermedad sistémica relacionada a IGG4, a propósito de dos casos clínicos

Gutiérrez M, Muñoz O, Reyes J, Rebollo V, Gaytán A, Mota B, Razo M, Ortega G, Baltazar R, Urbieta M

Otra, Hospital Central Militar.

Introducción: La enfermedad sistémica relacionada a IgG4 es una condición fibroinflamatoria caracterizada por "pseudotumores" e infiltrado linfoplasmocítico denso, rico en células plasmáticas positivas a IgG4, fibrosis y elevación sérica de IgG4. La pancreatitis autoinmune ha sido ligada a la elevación en las concentraciones séricas de IgG4 desde el 2001 y se define como un tipo de pancreatitis crónica caracterizada por un proceso inflamatorio autoinmune en el cual existe infiltrado linfocítico abundante con fibrosis asociada del páncreas causando disfunción del órgano. Caso uno: Masculino militar 40 años, con antecedente de perforación del septum nasal y anemia hemolítica. Fue hospitalizado por presentar síndrome icterico y síndrome consuntivo. Se descartó re-

caída de anemia hemolítica y en estudios de imagen se documentó "pseudotumor" en la cabeza de páncreas y elevación de IgG4 (143.1 mg/dL se logró remisión con rituximab y glucocorticoides. Caso dos: Masculino militar 39 años, con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 de difícil control. Se hospitalizó por presentar síndrome consuntivo, estreñimiento crónico y dolor abdominal, con hallazgo radiológico de aparente masa abdominal. Se documentó por imagen páncreas con múltiples calcificaciones y elevación de IgG4 (140 mg/dL), se logró remisión con glucocorticoides.

Discusión: La presentación clínica mas común de la pancreatitis autoinmune es ictericia obstructiva con o sin dolor abdominal, puede existir insuficiencia pancreática exógena en 88% de los casos y disfunción endocrina en 67% de los casos. La pancreatitis autoinmune tipo 1 es la que se encuentra asociada a la elevación de IgG4, el valor de corte que se ha reportado es de 135 mg/dL. Los estudios de imagen son esenciales para establecer el diagnóstico, se considera la Tomografía Computada como el estándar de oro para investigación de patología pancreática. En ambos se cumplieron los criterios modificados de la sociedad Japonesa de páncreas para pancreatitis autoinmune, al encontrarse elevación sérica de IgG4 y anomalías por tomografía y resonancia mag-

nética en el tejido pancreático (aumento difuso, masa en la cabeza del páncreas y calcificaciones). **Conclusión:** La pancreatitis crónica es una entidad clínica donde es necesario estudiar a fondo a fin de determinar patologías sistémicas como es el caso de la pancreatitis autoinmune asociada a IgG4.

0736 Nefritis lúpica en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Rivera L, Casasola J, Ortega B
SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Antecedentes: La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones comunes del lupus eritematoso sistémico (LES), ocurriendo en 50 a 70% de los pacientes, causa mayor de morbi-mortalidad. Se han descrito variaciones en cuanto a la prevalencia, severidad, evolución clínica y pronóstico en los pacientes con NL según su etnia. Del 5 al 15% desarrollan falla renal terminal a 10 años. **Objetivo:** Identificación de pacientes con diagnóstico de nefritis lúpica confirmada por biopsia, del 2008 al 2015, principales características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas. **Material y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal (revisión de expedientes clínicos) de agosto del 2008 a septiembre de 2015 en el Hospital General de México. **Resulta-**

dos: Fueron 68 pacientes: 56 mujeres y 12 hombres. Edad promedio al diagnóstico de NL de 28.75 ± 9.8 años, en 91.1% se diagnosticó al mismo tiempo LES y NL. El 69.3% presentaban actividad de LES. Las principales manifestaciones clínicas fueron sedimento urinario (77.4%) y hematuria (81% urea basal 73mg/dl (19-363), creatinina 1.5mg/dl, albumina 2.5mg/dl, hemoglobina 10.8 g/dl, TFG 77.5 ml/min/m², en 26 pacientes se detectó hipocomplementemia, en 24 determinación positiva de anticuerpos. Se pudo identificar en el 95.5% algún síndrome nefrológico, 32% nefrótico, 11% nefrítico y 17.6% subnefrótico. Las glomerulonefritis prevalentes son las proliferativas; IV (47%), III (18%), le siguen las proliferativas combinadas: IV + V (15%), III + V (13%), por último con 11.3% la membranosa pura. Para tratamiento de inducción a la remisión se administró pulsos de metilprednisolona (1g/día por 3 días) en el 84% de los pacientes, el principal esquema usado fue el NIH (69.8%), en dos pacientes (3.1%) no se dio esquema de inducción. Para el esquema de mantenimiento se dio prednisona a todos los pacientes, el principal fármaco usado fue ciclofosfamida a dosis de .75-1g/m² trimestral hasta cumplir 2 años (66.6%). **Conclusiones:** Nuestra población presenta factores de mal pronóstico para progresión a

enfermedad renal crónica (ser latinoamericanos, Cr inicial > 1.5mg/dl, proteinuria nefrótica) por lo que la detección y referencia oportuna permite un tratamiento oportuno, esquemas inmunosupresores adecuados a su histología, limitando el deterioro de la función renal y disminuyendo los potenciales efectos adversos.

0756 Elevación de transaminasas y trombocitopenia en el puerperio. Presentación de síndrome antifosfolípidos (SAF)

Andrade L, Olán F, Hernández E, Arteaga U

SSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

Antecedentes. El SAF se caracteriza por trombocitopenia y eventos isquémicos, en hígado en microcirculación caracterizado por lesión hepatocelular. En mujeres embarazadas sanas el anticoagulante lúpico se encuentra en 0.2%, y los anticuerpos anticardiolipina en 2%. El 15% de los pacientes con SAF presenta Coombs +. **Cuadro clínico.** Mujer 40

años Puerpera, hipertensión recién diagnóstico, un aborto en 2do trimestre. Nos interconsultan por Trombocitopenia, disminución TFG y elevación de transaminasas. Presenta Elevación reactantes de fase aguda, lesión hepatocelular con coagulopatía. Sospecha Sepsis con HCVs AI. Solicitamos auxiliares con ACL +, Coombs D +, Fibrinogeno elevada. Panel Hepatitis -. Remisión Falla orgánica múltiple con manejo integral. **Comentario.** Se clasifica SAF primario, lesión Hepatocelular compatible con microinfartos, sin descartar una hepatitis autoinmune. **Conclusión.** Puerperio con LHC debe de descartarse SAF.

0760 Hipertensión renovascular secundario a arteritis de Takayasu

Hernández LO, Rodríguez K1 SSA, Regional Rafael Pascacio Gamboa, 1.SSA, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria, se define como una vasculitis granulomatosa que afecta aorta y sus ramas.

Descripción: femenino de la 2da década de vida. Inicia padecimiento con cefalea, EVA de 5. Se documento TA 160/110, se inicio antihipertensivos sin mejoría. TAC de cráneo normal. EF con hallazgo de soplo en foco aórtico y pulmonar, región abdominal con soplo en mesogastrio. Se realiza angio tac (Fig.1) documentando estenosis del 50% de aorta torácica descendente, 80% de la aorta abdominal y obstrucción del 90% de arterias renales bilaterales. **Discusión:** La AT es rara, el tratamiento es limitado con esteroides, metotrexato y/o ciclofosfamida, recientemente el uso de Anti TNF constituye una opción. **Conclusión:** femenino con cefalea, secundaria a hipertensión cumpliendo 3 criterios de clasificación de la ACR: < 40 años, soplo y estenosis aortica por angio TAC, correspondiendo a una AT Tipo III por compromiso de aorta torácica y abdominal.



Auxiliares de Diagnóstico							
Ingreso				Control			
Hb	12	C-RP	19.2	Coombs D	Positivo	INR	1.22
Hto	37.4	Gluc	59	Fibrinógeno	570	VSG	60
Leuc	26.2	Cr	1.92	ACL	Positivo	C-RP	12.9
Neut	22.8	Alb	1.7	Hb	9.1	Cr	0.69
Pla	58,000	BbT	2.2	Hto	25.6	Gluc	132
TP	18.7	BbD	1.3	Leuc	14.3	Alb	2.5
TP control	11.8	FA	386	Neut	11.6	BbT	1.6
INR	1.48	AST	6040	Pla	122,000	FA	176
TPT	41.6	ALT	4392	TP	13.4	AST	38
VSG	44	DHL	2633	TPT	30.6	ALT	243

0767 Granulomatosis con poliangiitis. Comunicación de un caso de presentación atípica

Chong B

IMSS, Hospital de Especialidades, CMN SXXI.

La granulomatosis con Poliangiitis es una vasculitis sistémica de vasos de pequeño y mediano calibre caracterizada por inflamación granulomatosa del tracto respiratorio. Se presenta el caso clínico de un hombre de 44 años, con cuadro clínico de IVRA, que recibió tratamiento antibiótico por sinusitis, con mejoría parcial. Evolucionó con eritema conjuntival y dolor ocular sin repercusión de agudeza visual con diagnóstico de epiescleritis vs uveítis. Se agregó presencia manchas eritematovioláceas, odinofagia, parestesias, evacuaciones diarreicas, pérdida de peso de 13 kg y gonartralgias. Documentándose por TAC abdominal infarto esplénico. Sus laboratorios presentaron hipoalbuminemia, anemia normocítica, trombo-

citosis y neutrofilia. Se obtuvo reporte histopatológico de lesiones de mucosa yugo-oral con vasculitis leucocitoclástica e inflamación leucocitoclástica, se concluyó el diagnóstico de granulomatosis con poliangiitis con presentación atípica por datos de infarto renal y esplénico.

0768 Hepatitis autoinmune: presentación insidiosa. Reporte de caso

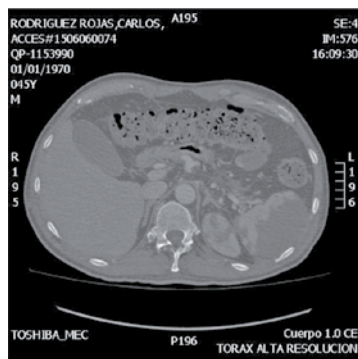
Hernández L⁰, Rodríguez K¹:

⁰SSA, Hospital Regional Rafael Pascacio Gamboa; ¹SSA, Antiguo Hospital Fray Antonio Alcalde.

Introducción: la hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática crónica y progresiva, que se caracteriza histológicamente por una hepatitis de interfase e infiltración portal de células plasmáticas; a nivel sérico hipergamaglobulinemia y autoanticuerpos circulantes. **Descripción:** femenino de 52 años de edad. Antecedentes de importancia: niega enfermedades crónico-degenerativas. Niega transfusiones, promiscuidad e infectocontagiosos. Inicia padecimiento actual con dolor bilateral en la articulación del hombro, con limitación funcional. Se agrega astenia, adinamia, anorexia y náuseas, además de pérdida de peso no intencionada de 5kg en 2 meses. Exploración física: neurológico íntegro, cuello sin adenopatías,

tiroides no palpable, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen no visceromegalías. Miembros superiores dolor articular que generaba limitación en los arcos de movimientos de la articulación del hombro, bilateral. Laboratorios con reporte de BH, QS, sin alteraciones, ALT: 1179 UI/L, AST: 848 UI/L, DHL: 408, PCR: 6.6mgdl, VSG: 20mmh, CPK: 53 UL. FR: 7.34, con datos de daño hepatocelular. Se solicita USG de hígado y vías biliares el cual se reporta sin alteraciones. Serología para hepatitis A, B y C negativos. Se solicitan laboratorios complementarios: ANA: 1:1280 Lisosomal 1+. Inmunoglobulinas IgG: 1622mgdL. Anticuerpos anti-musculo liso: 1:20, Anticuerpos anti-RNPN negativos. Anticuerpos anti-SM: negativos. Marcadores Tumorales: ACE, Ca 19-9, CA 125: Negativo. Biopsia Hepática: Infiltrado inflamatorio linfocitario y células plasmáticas. Sin datos de malignidad. **Discusión:** femenino de la sexta década de la vida con hallazgo de transaminasemia descartándose causas infecciosas, inmunológicas, entre otras. No cumplía criterios para LES, no presentaba datos de miopatías inflamatorias. **Conclusión:** el diagnóstico de HAI se debe considerar en todo paciente con hepatitis aguda o crónica de causa no determinada.

0774 Artritis e inflamación granulomatosa, datos para





tener en mente el diagnóstico de sarcoidosis

Aguilar M, Villatoro M, Muñoz O, Garrido G, Ibarra C
Otra, Hospital Central Militar

Introducción: sarcoidosis, enfermedad multisistémica de etiología desconocida, la característica histopatológica es la presencia de granulomas no caseificantes. Afecta a los adultos entre 20 y 40 años. Se puede presentar con adenopatía hiliar bilateral, infiltrados pulmonares, lesiones oculares y/o en la piel. Hasta el 25% de los pacientes tiene una artropatía asociada. **Caso clínico:** masculino, 70 años de edad. Inició en marzo 2014 con dolor abdominal, se documentó por tomografía gánglios calcificados a nivel mediastinal así como aparentes abscesos esplénicos; ameritó esplenectomía, el reporte histopatológico con inflamación granulomatosa sin evidencia microbiológica de micobacterias. En la evolución presentó poliartritis no deformante en interfalángicas proximales, rodillas y tobillos. Por cuadro clínico se sospechó sarcoidosis. La determinación de niveles de enzima convertidora de angiotensina (ECA) fue normal. Se dejó tratamiento con prednisona en dosis bajas y metotrexate, con buena evolución. **Discusión:** las manifestaciones articulares aunque poco comunes, pueden ser clínicamente significativas en pacientes con enfermedad aguda. Artritis

aguda: principalmente es oligoarticular, ocasionalmente poliarticular y raramente monoartritis. Puede ser aislada o como parte del síndrome de Löfgren. La articulación que se afecta con mayor frecuencia son los tobillos en más del 90%. Artritis crónica: artritis no deformante con sinovitis granulomatosa, deformidad de tipo Jaccoud, inflamación articular adyacente a una lesión ósea, dactilitis, artritis gotosa aguda y crónica. El estudio de la ECA no es criterio diagnóstico ya que solo se encuentra en aproximadamente el 15% de los pacientes con síndrome de Löfgren. **Conclusión:** la sarcoidosis es un reto diagnóstico para el internista, ya que tanto las manifestaciones clínicas como los estudios de laboratorio no son específicos. El cuidado en el estudio clínico del paciente, permite la identificación de artritis temprana. **Bibliografía:** 1. Johannes WJ Bijlsma, Eric Hachulla. Textbook on Rheumatic Diseases. European League Against Rheumatism EULAR published by BMJ. 2015 2nd. ed. Pag 476-93. 2. Spilberg I, Siltzbach LE, McEwen C. The arthritis of sarcoidosis. Arthritis Rheum 1969; 12:126. 3. Abril A, Cohen MD. Rheumatologic manifestations of sarcoidosis. Curr Opin Rheumatol 2004; 16:51.

0787 Displasia fibromuscular (DFM) focal simulando vasculitis de grandes vasos e

inusualmente asociada a enfermedad ateromatosa severa (EAS)

Rios M, Alberti P, Anda J, Galvan M, Flores G, Torres N, Maciel A, Lugo J

IMSS, UMAE Centro Medico Nacional Siglo XXI, HE Dr. Bernardo Sepulveda.

Introducción: la DFM es una arteriopatía infrecuente caracterizada por estenosis segmentaria no inflamatoria ni aterosclerótica de vasos de mediano calibre, relacionada a hipertensión en mujeres jóvenes y simuladora de vasculitis con la cual puede coexistir, hay pocos casos de DFM y EAS, y aun se desconoce su relación causal. **Caso clínico:** mujer de 69 años, hipertensa sin daño orgánico, con 3 meses de cefalea bitemporal e hipertensión resistente. Se hospitaliza por emergencia hipertensiva con edema agudo pulmonar, y lesión renal ameritando hemodiálisis. A la exploración con soplo carotídeo, abdominal, ausencia de pulsos pedios y oclusión de la arteria temporal de la retina. Se realiza US doppler y angio-TAC en sospecha de vasculitis de grandes vasos; finalmente la biopsia de arterial temporal revela DFM. **Conclusión:** describimos un caso de DFM imitando vasculitis de grandes vasos, una presentación atípica y cada vez mas común; relacionada a EAS, una asociación no descrita.

0808 Reducción porcentual del vaciamiento gástrico a sólidos con 99 MTC- sulfuro coloidal en relación al tiempo de evolución y subtipo de esclerosis sistémica
 Cabezas C¹, Cruz M¹, García G⁰, Carranza R¹, Vera O¹, Jara L¹
⁰Universitario, Universidad Veracruzana, Fac. Medicina Xalapa; ¹IMSS, Hospital de Especialidades, CMN La Raza.

Antecedentes: la esclerosis sistémica (ES) se asocia a fibrosis cutánea-visceral con afección gastrointestinal en 70-90%. **Objetivos:** evaluar alteraciones del vaciamiento gástrico con gammagrama y sintomatología con NIH® PROMIS GI en una cohorte de pacientes mexicanos. **Metodos:** estudio transversal en ES según los criterios de la ACR 2013. Se usó el cuestionario NIH® PROMIS GI para evaluar síntomas gastrointestinales y gammagrama gástrico con Tc 99 para evaluar retención gástrica a sólidos. **Resultados:** (Ver Tabla 1) Incluimos 37 pacientes, 21 con lcSSc, 16 con dsSSc. La gastroparesia se presentó en 3/21 (14%) en lcSSc y 5/16 (31%) en dsSSc. Los síntomas más frecuentes fueron reflujo gastroesofágico, distensión y dolor abdominal ($p = < 0.05$) con mayor frecuencia en hipogastrio (47.2%). **Conclusión:** las manifestaciones gastrointestinales se presentaron con la misma frecuencia en ambos subtipos con una evolución similar. La gastroparesia se asoció a mayor sintomatología gastrointestinal.

0819 Manifestaciones cutáneas atípicas (MCA) en lupus eritematoso sistémico (LES) y su relación con enfermedad multisistémica grave durante el seguimiento: serie de 3 casos
 Ocaña M, Sepúlveda J, Ramirez J, Valenzuela X, Lopez F, Mena B
 SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud.

Introducción: la piel es el segundo órgano más afectado en LES, las MCA son raras ($< 10\%$) y en ocasiones no se presentan junto con el resto de las manifestaciones de LES. **Descripción de casos:** se presentan 3 casos de MCA atípicas. En dos de los casos los síntomas cutáneos precedieron a las manifestaciones sistémicas. Hubo una muerte relacionada a actividad multisistémica. Los principales datos se muestran en el cuadro 1. **Conclusión:** las MCA en LES son un reto diagnóstico cuando el escenario de inicio se limita a piel. La relación entre las MCA y el ulterior desarrollo de LES multisistémico grave o atípico se desconoce, sin embargo esta serie presenta 3 casos en donde se evidenció afección multisistémica grave relacionada con MCA iniciales resaltando la importancia la vigilancia estrecha de pacientes para evitar un incremento en la morbilidad y mortalidad.

0821 Fiebre de origen oscuro, como manifestación de autoinmunidad secundario a absceso renal por *Escherichia coli* hipervirulenta

García J¹, Hernández R², Franco J², Fernández L², Moncada D⁰, Arroyo S², Guerrero J³, Ramírez J³

⁰IMSS, Hospital General Manuel Gea González; ¹SSA, Instituto Nacional de Cancerología; ²SSA, Hospital General Manuel Gea González, ³Privado, Fundación Clínica Médica Sur.

Introducción: la autoinmunidad ocurre cuando el sistema inmune reconoce y ataca al tejido del huésped. Además de factores genéticos, condiciones ambientales, ej. virus, bacterias y otros se les ha asociado al desarrollo de enfermedades autoinmunes. **Caso clínico:** mujer 45 años, acude a Urg. febril 39°C, 8 días de evol. Antecedente viaje a Acapulco 1 semana antes, IVU y "anemia" 2 meses antes: aislamiento *E. fergusonii*; antes y ahora sin otra manifestación clínica. Dengue y Chikungunya, (-). BH: HB 14.3 g/dL, GB 6.1/mm³, PMN 70.3%, PLQ 218/m³, EGO: Normal. TGP 57 U/L (9-52), TGO 34 U/L (14-36). USG abdominal normal. Persistencia febril, 6 hemocultivos (-), urocultivo: *E. coli* pansensible, se inició ceftriaxona, persiste febril. > elevación PCR, transaminasemia y ANA. TAC tórax-abdomen: absceso polo inferior riñón der. Punción-drenaje-catéter, cultivo: *E. coli* pansensible. Respuesta clínica favorable, egresó con manejo ATB ambulatorio. Los marcados-



res inmunológicos resolvieron. No hubo recurrencia clínica o paraclínica. **Discusión:** ID mol. por amplificación de gen gadA, -resistencia al ácido mediada por Glutamato- (+). Confirmada por MALDI-TOF. Determinación de grupos filogenéticos cuádruplex con genes y/o frag. chuA, yjaA, TspE4.C2, arpA, posterior dúplex con genes trpBA, ArpgpE. **Resultado:** grupo filogenético D, típico cepas extraintestinales, *E. coli* Uropatógena (UPEC). Factores de virulencia -PCR, 2 múltiplex y 4 simples-: Multi 1 (fyuA, iutA e ibeA), Multi 2 (gafD, cvaC, cdtB y traT), fimH, cnf-1, hlyA y papC. Amplicones de genes codificantes para sideróforos iutA, fyuA, gen sobrevivencia al suero traT, adhesina fimbrial fimH y pili asociado a pielonefritis papC. **Conclusión:** el mimetismo molecular, la similitud estructural entre moléculas ajenas (agentes infecciosos) y del huésped, puede deberse no sólo a péptidos-proteínas sino también a estructuras glicosiladas y glicomoléculas. 2 ej. son *C. jejuni* y *H. pylori*, pero otras bacterias de la biota GI, se han descrito como posibles causantes de autoinmunidad. Ag. de *K. pneumoniae* pueden tener reacción cruzada con HLA-B27. No se han descrito con *E. coli*, recientemente se describió que componentes de *E. coli* (FimH) la porción adhesina de la fimbria tipo 1, puede inducir al sistema inmune innato vía TLR4. Varios estudios

han descrito la autoreactividad de células B y dendríticas plasmocitoides por ligandos TLR.

0823 Pericarditis constrictiva secundaria a esclerosis sistémica sine esclerodermia. Un reto clínico

Rodríguez J⁰, Jiménez S¹, Llamas B¹, García E¹, Mateos H¹, Gutierrez J¹

⁰Otra Centro Médico Issemym Toluca; ¹Otra.

Caso clínico: masculino de 50 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca diastólica, Cor pulmonale, tromboembolia pulmonar hace 10 años. Decoración pleural hace 12 años. Padecimiento actual: múltiples ingresos por ascitis, peritonitis bacteriana espontánea y deterioro de clase funcional, es referido a nuestro hospital por oliguria y edema. Realizamos protocolo por presencia de afección multiorgánica. TAC con presencia de engrosamiento pericárdico, ecocardiograma con pericardio hiperrefringente a nivel de pared libre de VD y VI, Gammagrama pulmonar con afección restrictiva. ANA 1:160 (nuclear), Anti SCL-70: 40 (<10 anti centrómero, anti Sm, Ro, Anti La negativo; biopsia peritoneal con inflamación crónica granulomatosa no caseificante, Zihel Nielsen negativo, PCR y ADA para TB en líquido peritoneal negativo. **Conclusión:** se realiza diagnóstico de pericarditis constrictiva secundaria a esclerosis sistémica sine escler-

odermia como etiología de la afección multiorgánica.

0839 Granulomatosis con poliangeitis serie de casos y revision de la literatura

Rivera A, Acosta N

Otra, Centro Medico ISSEMYM Ecatepec.

Antecedentes: la granulomatosis con poliangeitis, se describió por primera vez en 1936. La manifestación de la enfermedad resulta del daño tisular ocasionado por inflamación aséptica, así como la formación de granulomas y vasculitis. Los sitios más afectados suelen ser tracto respiratorio superior y riñones. El daño a la vasculatura suele ser más evidente en pequeño y mediano vaso. La enfermedad afecta 1:30,000.

Presentación de casos: caso 1. Masculino de 39 años de edad, Inicia con cuadro de rinorrea, dolor en región malar y múltiples episodios de epistaxis, TAC con pansinusitis y es ingresado a hospitalización para impregnación antibiótica, presenta hematuria y posteriormente datos de síndrome nefrótico, se toma biopsia de senos paranasales. **Resultados:** reacción granulomatosa, CD3, CD20 y MPO positivos. cANCA 1:160, MPO negativo y anti-PR3 positivo. Se establece diagnóstico y se inicia tratamiento. Caso 2. Masculino de 34 años de edad, con antecedente de sinusitis crónica tratada con esteroide tópico sin mejoría aparente, pa-

restesias de miembros pélvicos y disminución de fuerza progresiva. Se encuentra lesión renal progresiva más Linfopenia, Anemia y EGO con sedimento activo. Se inicia terapia con bolos de metilprednisolona y se realiza posteriormente biopsia reportando Glomerulonefritis necrosante segmentaria focal con proliferación extracapilar paucimune, fibrosis intersticial y atrofia. C-ANCA títulos 1:640 Inmunofluorescencia con Anti PR positiva, C- ANCA 1:320 Se inicia tratamiento con ciclofosfamida y posteriormente inmunosupresor con Azatioprina. Caso 3. Masculino de 46 años, sin antecedentes de importancia, se presenta con cefalea holocraneana de 1 mes de evolución, rinorrea hialina unilateral de narina derecha, astenia, adinamia, hiperemia conjuntival de ojo derecho, mialgias y artralgias migratorias, asimétricas, acompañadas de disminución de fuerza de 4 extremidades, tratada con antimicrobianos y vitamínicos sin mejoría, lesiones purpúricas generalizadas, iniciando esteroide. EGO con sedimento activo, toma de biopsia renal en la cual se reporta Glomeruloesclerosis global y segmentaria de aspecto cicatricial, con semilunas fibrosas focales (en 2/17 glomérulos) Vasculitis cicatrizadas de tipo paucimune. ANCA C 1: 640, Inducción con Ciclofosfamida y posteriormente terapia con micofenolato de mofetilo.

0844 Anemia aplásica como manifestación hematológica en lupus. Reporte de caso

Olvera J, Uriarte J, Montes R
Otra, Hospital Central Militar.

Antecedentes: RUPUS se define como la coexistencia de poliartritis simétrica erosiva, con signos y síntomas de lupus eritematoso sistémico (LES) y la presencia de autoanticuerpos específicos para lupus sistémico (anticuerpos antiDNA de doble cadena o antiSm) su prevalencia aproximada en AR es del 2%. La manifestación inicial es artritis reumatoide en 85% de los casos, y los síntomas asociados a lupus se manifiestan en promedio 9 años después. Las manifestaciones asociadas a LES tienden a ser leves siendo prominentes las manifestaciones cutáneas, serositis y hematológicas (leucopenia y trombocitopenia).

Resumen: femenina con artritis reumatoide a los 35 años, con factor reumatoide de 60, anticuerpos contra péptido citrulinado cíclico (antiCCP) de 80 y anticuerpos antinucleares negativos. Su evolución fue estable por 10 años recibiendo tratamiento con cloroquina, metotrexato vía oral en dosis semanales promedio de 10 a 20mg semanales y ácido fólico. En año 2010 presenta fiebre, disnea, y equimosis, mostrando en biometría hemática leucocitos de 1600 neutrófilos 630 linfocitos 800 hemoglobina 6.2 plaquetas 11

000. Las pruebas de coagulación, función hepática, renal y examen general de orina fueron normales; serología infecciosa para virus negativos. Se dio tratamiento con ácido fólico y factor estimulante de colonias considerando toxicidad por metotrexato, sin mejorar. La biopsia de medula ósea se describe con aplasia celular y citogenético negativo para leucemias. Se da tratamiento con glucocorticoides, ciclosporina danazol y globulina antitimocto sin respuesta. El estudio HLA de 2 hermanos fue incompatible para realizar trasplante de medula ósea. Como segunda línea de tratamiento se dio ciclofosfamida 3 gramos intravenosos en dosis única sin respuesta. En 2012 se realiza nuevo aspirado de medula ósea y estudios inmunológicos reportando biopsia medula ósea con datos de síndrome mielodisplásico, DNA de doble cadena por técnica de Chitridia positivo. Se da tratamiento con metilprednisolona intravenosa y Rituximab 2 dosis de un gramo sin respuesta. Actualmente la paciente persiste con pancitopenia dependiente de factores estimulantes de medula ósea. **Conclusión:** se presenta una enfermedad autoinmune rara (RUPUS) asociada a una manifestación hematológica poco frecuente como la anemia aplásica con falla a tratamiento convencional y que ahora presenta un síndrome mielodisplásico que evoluciona de anemia aplásica.



0850 Calcinosis de localización atípica en pacientes con esclerodermia. Presentación de 3 casos

Vargas-Espinoza A⁰, Cruz-Do-mínguez M⁰, García-Collinot G², Carranza-Muleiro R⁰, Montes-Cortés D¹

⁰IMSS, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, ¹IMSS, Hospital General CMN, La Raza, ²Universitario, Universidad Veracruzana, Fac. Medicina, Xalapa.

Introducción: la esclerosis sistémica es una enfermedad crónica, multisistémica autoinmune. Se manifiesta por fibrosis cutánea y de órganos internos, fenómeno de Raynaud y calcinosis. Presentamos 3 casos clínicos de calcinosis de localización atípica atendidos en nuestro servicio. Casos clínicos: 1. Mujer de 69 años de edad con lcSSc y LES de 39 años de evolución con calcinosis en seno maxilar postraumática tras raspado por sinusitis, que se manifestó con dolor por lo que se le realizó TAC que mostró

la lesión. ANA, anti DNA y ACA positivos. Hipotiroidismo, hiperparatiroidismo (PTH 97,8 ng/ml) e hipovitaminosis D (11,06 ng/dl). 2. Mujer de 71 años de edad con dcSSc de 32 años de evolución con calcinosis cervical extensa hace 5 años con limitación funcional y dolor. Además úlceras recurrentes en pies y fenómeno de Raynaud severo. ANA y anti-Ro positivos, PTH normal (60.3 ng/ml). 3. Mujer de 64 años de edad con lcSSc de 6 años de evolución, con calcinosis cervical extensa tras dos años de diagnóstico además de múltiples calcinosis en vulva, muslos, glúteos y manos. ANA, AMA y ACA positivos. PTH normal (58.7 ng/ml) e hipovitaminosis D (14.85 ng/dl). **Discusión:** la calcinosis afecta a 25-40% de los pacientes con SSc y aparecen en promedio a los 10 años de diagnóstico. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero típicamente afectan piel de regiones distales, ocasionando dolor, úlceras con alto riesgo de

sobreinfección. En la literatura se encuentran localizaciones atípicas (corazón, cerebro, abdominales, pelvis) o de forma extensa (calcinosis universal), sin embargo, no hay reportes de calcinosis maxilar. La afectación de la columna cervical se acompaña de dolor, rigidez y limitación de la movilidad. Su patogénesis aun no es clara, pero se sugiere que se relaciona con isquemia severa, sin embargo, puede ocurrir tras lesiones traumáticas. Los estudios de imagen son útiles en calcinosis profundas. El tratamiento médico no ha mostrado **Resultados** alentadores y el quirúrgico ha mostrado recurrencia. Es importante tener en cuenta que pacientes con calcinosis asociada a esclerosis sistémica la sintomatología inespecífica de tejidos profundos puede deberse a calcificaciones no visibles y deben ser buscadas intencionadamente. Boulman N, et al. Calcinosis in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;34:805-12.

TOXICOLOGÍA

0151 Intoxicación por etilenglicol en un paciente de 37 años. Reporte de un caso

Calzada P, Padilla N, Reyes J, Rivera D

Centro Médico Ecatepec, IS-SEMYM

Introducción: el etilenglicol es un alcohol usado en la

fabricación de productos anticongelantes, limpiadores y solventes; siendo dosis tóxica 1-1.5 mL/kg en humanos. Hidrosoluble, absorbiéndose en